КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ ДИАГНОЗЕ АЛЬВЕОЛИТ

Утверждены Постановлением № 8 Совета Ассоциации Общественных Объединений «Стоматологическая ассоциация России» от 25 сентября 2018 года

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Альвеолит» разработаны Федеральным государственным бюджетным учреждением «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России) (Вагнер В.Д., Сёмкин В.А., Измайлова З.М., Смирнова Л.Е., Ашуев Ж.А.) и Государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранении Российской Федерации (ГБОУ ВПО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Минздрава России).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Альвеолит» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

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).

- Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 26 октября 2012 г. № 1074.

- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7декабря 2011 г. №1496н.

- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011 г. № 1664н.

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих клинических рекомендациях использованы следующие обозначения и сокращения:

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

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

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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:

A) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

B) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

C) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендаций, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

D) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.

E) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

A. Доказательства, полученные в проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

B. Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

C. Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на большой группе.

Д. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.

E. Доказательства, полученные на отдельных больных.

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

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

V1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Альвеолит является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. По данным ряда исследователей, послеоперационный альвеолит (локальный остеит) 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.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Альвеолит – воспаление лунки, развивающееся как осложнение после удаления зуба. В Международной классификации болезней X пересмотра упоминаются 2 аналога термину «альвеолит» - «сухая лунка» и «альвеолярный остеит». В зарубежной литературе встречаются разные термины (обозначающие данное состояние), такие как «фибринолитический альвеолит», «альвеолалгия», «септическая лунка» и др. 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.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

По данным литературы, представлены несколько теорий на тему этиологических факторов альвеолита. 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.

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. 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.

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, выстилающей лунки, а также возможному тромбозу нижележащих 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АЛЬВЕОЛИТА

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 лимфоузлов отмечается 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. 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.

При дальнейшем развитии воспалительного процесса боль усиливается, становится постоянной, иррадиирует 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.

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

Альвеолит:

Общее состояние	Удовлетворительное или средней степени тяжести. Температура тела в первые дни сохраняется в пределах нормы, впоследствии может повышаться до 37,5—38,0°С. Из-за резкой боли у пациента развиваются общая слабость, разбитость, потеря аппетита, затруднения с приемом пищи, бессонница.
Жалобы	На усиливающуюся боль в лунке удаленного зуба, иррадиирующую по ходу ветвей тройничного нерва (в висок, ухо, шею), нарушение общего самочувствия, возможно болезненное открывание рта, глотании (преимущественно после удаления нижних третьих моляров), повышение температуры тела до 37,5-38,0°С.
Внешний осмотр	При внешнем осмотре кожные покровы лица бледные, конфигурация лица может быть изменена за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба. Регионарные лимфатические узлы увеличены и при пальпации болезненны. Открывание рта ограничено, болезненно,

	преимущественно после удаления третьих (реже вторых) нижних моляров.
Рентгенограмма	На рентгенограмме определяется лунка удаленного зуба, в некоторых случаях выявляются остатки корня, костные фрагменты.
Пальпация	При пальпации региональных лимфоузлов соответствующей области отмечается их увеличение и болезненность. Пальпация лунки удаленного зуба резко болезненна. При распространении воспалительного процесса отмечается болезненная пальпация по переходной складке.
Осмотр рта	В первые дни развития альвеолита, при осмотре лунка удаленного зуба зияет, кровяной сгусток в лунке частично распался или отсутствует. Визуализируется обнаженная костная ткань альвеолы. Лунка может быть заполнена остатками пищи. При дальнейшем развитии воспалительного процесса, стенки лунки покрываются налетом грязно-серого цвета с неприятным запахом, появляются гнойные выделения из лунки. Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна и болезненна. Через несколько дней появляется отечность и болезненность при пальпации слизистой оболочки по переходной складке.
Исход	Своевременно начатое и правильно проведенное лечение альвеолита заканчивается выздоровлением. Через 5-7 дней стенки альвеолы начинают покрываться молодой грануляционной тканью, но воспалительные процессы в слизистой оболочке десны могут сохраняться до 10 дней. Через 2 недели десна приобретает нормальную окраску, исчезает отек, альвеола заполняется грануляционной тканью, начинается ее эпителизация. В дальнейшем процесс заживления альвеолы идет как же, как при отсутствии осложнения. Когда в стенках альвеолы развивается гнойно-некротический воспалительный процесс, боль и воспалительные явления не прекращаются. Это свидетельствует о развитии более тяжелого осложнения - ограниченного остеомиелита альвеолы зуба.

КЛАССИФИКАЦИЯ АЛЬВЕОЛИТА

В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) альвеолит включен в рубрику К10.2 Воспалительные заболевания челюстей.

К10.32 Альвеолит

сухая лунка

альвеолярный остеит.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ АЛЬВЕОЛИТА

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 с привлечением при необходимости других специалистов стоматологического профиля. В зависимости от поставленного диагноза составляется комплексный план лечения пациента.

Кроме того, диагностика дополнительно должна быть направлена на выявление

факторов, которые препятствуют немедленному началу амбулаторного лечения. Такими факторами могут быть:

— наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения;

— сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;

— острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

— угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью и другие тяжелые общесоматические состояния;

— отказ пациента от лечения.

Дополнительными методами обследования являются рентгенологическое исследование, лабораторные исследование крови, микробиологические исследования.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АЛЬВЕОЛИТА

Принципы лечения больных с альвеолитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение болевого фактора;

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;

- сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы;

- предупреждение развития острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях;

- повышение качества жизни пациентов.

Комплекс лечебных мероприятий проводят преимущественно в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи. Принимают во внимание выраженность воспалительных явлений, общую и местную картину заболевания, а также данные медицинской визуализации.

В первую очередь необходимо ликвидировать острые воспалительные явления.

При лечении альвеолита проводят комплексное лечение, включающее в себя ревизию и при необходимости кюретаж лунки, медикаментозную терапию (общую и местную), физиотерапию.

После выполненного местного обезболивания переходят к обработке раны. Для местного обезболивания преимущественно используются местные анестетики либо без добавки эпинефрина гидрохлорида, либо с минимальным его количеством. Использование высоких доз вазоконстриктора приводит к нарастанию тканевой гипоксии с возможным усилением воспалительного компонента за счет активизации анаэробных патогенов. С помощью шприца с ирригационной иглой струей теплого раствора антисептика (перекись водорода, бетадин, хлоргексидин, этакридина лактат, перманганат калия) вымывают из альвеолы частицы распавшегося сгустка крови, остатки пищи. Затем острой хирургической ложечкой удаляют из нее остатки разложившегося сгустка крови, грануляционную ткань, осколки кости, зуба. Некоторые авторы научных публикаций утверждают, что 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. Возможно применение протеолитических ферментов для очистки лунки от некротизированных тканей. Далее добиваются по возможности формирования кровяного сгустка. При наличии «сухой лунки» в лунку вводят губку или турунду, пропитанную обезболивающими или антисептическими препаратами (например, йодоформная турунда, различные губки, пропитанные йод-содержащими препаратами и др.). Также применяют различные пасты с антибиотиками.

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 и иммобилизированные 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.

Для уменьшения болевых ощущений применяют блокаду местными анестетиками. В мягкие ткани, окружающие воспаленную альвеолу, вводят 5-10 мл анестетика. Как правило, используются анестетики 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. Применяют один из видов физического лечения или их комбинацию: флюктуоризацию, микроволновую терапию, магнитотерапию, локальное ультрафиолетовое облучение, лучи гелий-неонового лазера. Рекомендуют 4-6 раз в день ванночки для рта с теплым (40-42 градусов С) раствором антисептиков. Внутрь назначают сульфаниламидные препараты, антибиотики, анальгетики, витамины.

Местное воздействие на воспалительный очаг (обработка альвеолы антисептиками, 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.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АЛЬВЕОЛИТОМ

Лечение пациентов с альвеолитом проводится в стоматологических медицинских организациях в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи. Как прапвило 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).

V11. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: альвеолит челюсти

Стадия: острая

Фаза: любая

Осложнение: без осложнений.

Код по МКБ-С: *K10.32*

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- не прекращающаяся резкая боль, возникающая после периода благополучия через 1-3 дня после операции в области альвеолы удаленного зуба, иррадиирующая 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, 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.

7.1.2. Порядок включения пациента в клинические рекомендации (протокол лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	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
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
A02.30.001	Термометрия общая	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	Согласно алгоритму
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	Согласно алгоритму
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	По потребности
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1

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

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/У)

Сбор анамнеза

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 осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Обращают внимание на отек мягких тканей, его локализацию и распространение.

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, пальпируются 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.

В качестве дополнительных методов обследования используют рентгенологический, микробиологический, лабораторный метод.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	По потребности
A 13.30.007	Обучение гигиене полости рта	По потребности
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	По потребности
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	По потребности
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	По потребности
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	По потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По

		потребности
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1

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

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

Алгоритм проведения лечебных вмешательств при альвеолите

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.

В первое посещение проводят местное обезболивание, ревизию лунки зуба, очищая ее от остатков распавшегося сгустка, осколков костной ткани или зубных отломков. Проводят промывание лунки антисептическим раствором, добиваются образования кровяного сгустка. Затем лунку зуба заполняют йодоформной турундой или губкой, пропитанной лекарственными препаратами (обезболивающими, антибактериальными, противовоспалительными и др.). Возможно применение лекарственных паст или других лекарственных форм для лечения воспаления лунки. Первая смена тампона производится через 1 сутки, а в дальнейшем - через 3-4 суток (до исчезновения боли).

Послеоперационный уход:

- антибактериальные препараты: полусинтетические пенициллины, хинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- антигистаминные препараты;
- 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.

Алгоритм проведения физиотерапевтических процедур

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: светотеплолечение лампой соллюкс, теплые ванночки из антисептических и дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Противомикробные препараты для системного применения	Согласно алгоритму
Нестероидные противовоспалительные препараты	1
Антигистаминные препараты	Согласно алгоритму
Антисептики	1
Ферменты	По потребности
Органотропные средства эубиотики	По потребности
Гормональные препараты	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Для местной анестезии используются преимущественно анестетики амидного ряда, реже – сложные эфиры. Проводят аппликационную, инфильтрационную или проводниковую анестезию.

Лекарственное лечение альвеолита заключается в назначении антибактериальных препаратов широкого спектра действия:

- полусинтетических пенициллинов, хинолонов, цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов;
- антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин, диазолин и др.);
- препаратов кальция;
- витаминов (поливитамины, витамины С по 2 или 3 г в сутки);
- нестероидных противовоспалительных средств.

Перевязку проводят на следующий день после операции. При осмотре и опросе определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят антисептическую обработку лунки, при необходимости – замену введенных ранее лекарственных препаратов.

Ферментные препараты

При альвеолите больному вместе с антибиотиками назначают промывание лунки ферментами для очищения ее от некротизированных тканей, усиления действия антибиотиков и других медикаментов на микрофлору и стимулируют фагоцитоз, оказывая

противовоспалительное и противоотечное действие.

Антисептические средства

Антисептические средства используются в виде полоскания, для активации в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней).

Анестетики, используемые для местной анестезии

В настоящее время для местной анестезии используют анестетики амидной группы. Также еще используются ранее широко распространенные анестетики группы сложных эфиров (новокаин).

Для каждого оперативного вмешательства выбирают тот анестетик, который показан больному с точки зрения функционального состояния его организма, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Противомикробные 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 средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС 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 сут после операции.

7.1.9. 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.

7.1.10. 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.

7.1.11. 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.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении клинических рекомендаций (протокола лечения)

См. Приложение 2.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении клинических рекомендаций

(протокола лечения) и прекращении действия их требований

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, оно проводится в соответствии с протоколом лечения, соответствующим выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками альвеолита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этого протокола лечения, соответствующего альвеолиту;

б) протокола лечения с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	**Частота развития %**	**Критерии и признаки**	**Ориентировочное время достижения исхода**	**Преемственность и этапность оказания медицинской помощи**
Компенсация функции	91	Восстановление внешнего вида слизистой оболочки десневого края	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу альвеолита
Стабилизация	5	Отсутствие прогрессирования заболевания	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу альвеолита
Развитие осложнений, ятрогенных заболеваний	3	Появление новых поражений или осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, секвестр, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	1	Воспалительный процесс распространяется на кость (остеомиелит челюсти)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики клинических рекомендаций (протокола лечения)

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

КРИТЕРИИ И МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организации, в которых проводится мониторирование данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторирование. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторированию протокола письменно. Мониторирование 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 клинических рекомендаций (протокола лечения).

Исходными данными при мониторировании являются:

— медицинская документация — медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);

— тарифы на медицинские услуги;

— тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

По необходимости при мониторировании клинических рекомендаций (протокола лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторированию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (Приложение 3) о лечении пациентов с альвеолитом, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из клинических рекомендаций (протокола лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по клиническим рекомендациям (протоколу лечения) и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данных клинических рекомендациях (протоколе лечения) 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 МОНИТОРИРОВАНИЯ

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

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ)

Оценка выполнения клинических рекомендаций (протокола лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторировании.

Внесение изменений в клинические рекомендации (протокол лечения) проводится в случае получения информации:

а) о наличии в клинических рекомендациях (протоколе лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,

б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований клинических рекомендаций (протокола лечения) обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований клинические рекомендации (протокол лечения) в действие осуществляется на основании решения Совета Стоматологической Ассоциации России.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

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

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ) И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторировании клинических рекомендаций (протокола лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторирования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации клинических рекомендаций (протокола лечения).

Отчет представляется в Стоматологическую Ассоциацию России учреждением, ответственным за мониторирование данных клинических рекомендаций (протокола лечения). Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

Стандарт оснащения отделения (кабинета) хирургической стоматологии стоматологической поликлиники

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 ультразвуковой (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 микромотором	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 наименования
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 МРУ 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	по требованию 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 раздельно к несущим конструкциям (стене, мебели)) или Место рабочее универсальное врача-стоматолога(МРУ), 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 МРУ и УС	1 на кабинет
28.	Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов)	1 на кабинет
29.	Набор инструментов, игл и шовного материала	по требованию не менее двух видов
30.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток медицинский стоматологический, - зеркало стоматологическое, - зонд стоматологический угловой, - пинцет зубоврачебный, - 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	не менее 2 на

	микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	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 (стоматологический слюноотсос) 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 рентген-кабинета 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	по требованию

	дезинфекции инструментов	
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

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, допплерографические 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.

Приложение 3

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни №_____

Наименование учреждения_____

Дата: _____

начало наблюдения

Ф.И.О._____

Дата: _____

окончание наблюдения

Возраст:_____

Диагноз основной:_____

Сопутствующие заболевания:

Модель пациента:

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:

Код	Наименование медицинской услуги	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	
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
A02.07.006	Определение прикуса	
A02.30.001	Термометрия общая	
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	
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	
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	
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	
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	
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	

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: _____/_____/

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи к Клиническим рекомендациям «Альвеолит»

1.	**Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества**		
	Проводилось ли при постановки диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛО, перкуссия зубов, определение прикуса, пародонтальных и индексов гигиены, степени подвижности зубов	Да	Нет
	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	Да	Нет
	Проводились ли рентгенологическое обследование пациента	Да	Нет
	Проводилось ли обезболивание перед хирургическим вмешательством	Да	Нет
	Проводился ли кюретаж лунки	Да	Нет
	Вводились ли в лунку лекарственные препараты	Да	Нет
	Обучение гигиене рта	Да	Нет
2.	**Временные критерии качества**		
	Были ли проведены лечебные мероприятия в день обращения	Да	Нет
	Профилактическая гигиена рта 2 раза в год	Да	Нет
3.	**Результативные критерии качества**		
	Наблюдается полное заживление лунки	Да	Нет
	Восстановление функций зубочелюстной системы	Да	Нет
4.	**Правильность и полнота заполнения медицинской документации**		
	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да	Нет

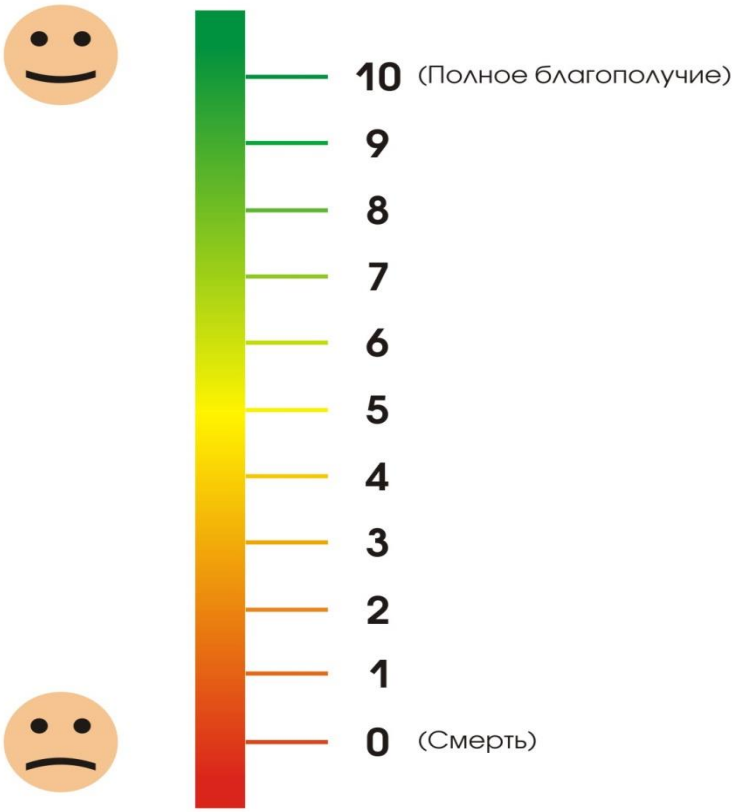
Приложение 4

Анкета пациента

ФИО_____ Дата заполнения_____

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

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



Список литературы:

1. Андреищев, А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. …канд.мед.наук.- СПб., 2005.-25с.
2. Беланов, Г.Н. Комплексное лечение больных альвеолитами с использованием биогенных материалов с антимикробным эффектом: автореф. дис. … канд.мед.наук. –Самара, 2009.-24с.
3. Бородулина, И.И., Ланцова, Е.С. Состояние гемомикроциркуляции десны при развитии альвеолита после операции удалении 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-razvitii-alveolita-posle-operatsii-udaleniya-zuba (ссылка действительна на 11.10.17г.).
4. Ефимов, Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов/Ю.В.Ефимов // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов.- Волгоград, 2010.- С. 141-144.
5. 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.
6. Иорданишвили, А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба / А.К. Иорданишвили // Стоматология.-2001.-№1.-С.16-18.
7. Кузина, М.И., Костюченок, Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / М.И.Кузина, Б.М.Костюченок.- М.: Медицина, 1990. - С.38-82.
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. Робустова, Т.Г. Хирургическая стоматология: учебник / Т.Г.Робустова.-М.: Медицина, 2010.-688с.
10. Родинов, 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
11. 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-gemostaticheskih-sredstv
12. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие / А.А. Тимофеев.-М.:Медицина, 2007.-696с.
13. 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

14. Щлегель, 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

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.