

Клинические рекомендации

«Альвеолит»

Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): K10.32

Возрастная категория: Взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 год (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений.....	2
Термины и определения.....	2
1. Краткая информация.....	2
1.1 Определение.....	2
1.2 Этиология и патогенез.....	2
1.3 Эпидемиология.....	2
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	3
1.5 Классификация.....	3
1.6 Клиническая картина.....	3
2. Диагностика.....	5
2.1. Жалобы и анамнез.....	5
2.2. Физикальное обследование.....	5
2.3. Лабораторная диагностика.....	5
2.4. Инструментальная диагностика.....	6
2.5. Иная диагностика.....	6
3. Лечение.....	6
3.1. Консервативное лечение.....	6
3.2. Хирургическое лечение.....	6
3.3. Иное лечение.....	7
4. Реабилитация.....	7
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	7
6. Организация медицинской помощи.....	7
7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома.....	8
Критерии оценки качества оказания медицинской помощи.....	9
Список литературы.....	10
Приложение А1. Состав Рабочей группы.....	12
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	13
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	14
Приложение В. Информация для пациента.....	16

Список сокращений

КР – клинические рекомендации;

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра;

УДД – уровень достоверности доказательств,

УУР – уровень убедительности рекомендаций.

Термины и определения

Фибринолиз – часть системы гемостаза (свертывающей системы в организме), которая обеспечивает процесс разрушения (лизиса) уже сформированных кровяных сгустков.

Экстракция зуба – стоматологическая операция по удалению зуба из зубной альвеолы.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Альвеолит – воспаление лунки, развивающееся как осложнение после удаления зуба.

1.2 Этиология и патогенез

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, трепонем. 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.

Оставшиеся фрагменты корня или осколки костной ткани могут нарушать заживление лунки и способствовать возникновению альвеолита.

1.3 Эпидемиология

По данным ряда исследователей, послеоперационный альвеолит (локальный остейт) 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%).

1.4 Кодирование по МКБ-10

В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) альвеолит включен в рубрику
K10.2 Воспалительные заболевания челюстей.

K10.32 Альвеолит

сухая лунка

альвеолярный остеоит.

1.5 Классификация

А. острый: - серозный;

- гнойный

Б. хронический: - гипертрофический.

1.6 Клиническая картина

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, 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 налетом с неприятным гнилостным запахом. Слизистая оболочка вокруг альвеолы гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Появляется болезненность при пальпации по переходной складке, отечность мягких тканей соответствующей половины лица.

При отсутствии адекватного лечения или самолечения могут развиваться 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°C. 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, иррадирующую 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°C
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.

2. Диагностика

2.1. Жалобы и анамнез

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 полостью рта. Обращают внимание на отек мягких тканей, его локализацию и распространение.

2.2. Физикальное обследование

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.

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

Оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки по переходной складке.

2.3. Лабораторная диагностика

Проводится микробиологическое исследование отделяемого лунки.

2.4. Инструментальная диагностика

Не проводится.

2.5. Иная диагностика

- Рекомендовано рентгенологическое исследование.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Для выявления в лунке остатков зуба, костных фрагментов.

3. Лечение

3.1. Консервативное лечение

- Рекомендована консервативная лекарственная терапия.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Назначают антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины. Обязательно назначение антибиотикотерапии пациентам с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, с онкологическими заболеваниями, пациентам преклонного возраста и т.д.), нестероидные противовоспалительные препараты, антигистаминные препараты, антисептические ротовые ванночки, полоскания полости рта гипертоническим раствором (водный раствор соды, соли).

Комментарии: Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента.

- Рекомендованы физиотерапевтические процедуры

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

На 2 - 3 сутки после оперативных вмешательств на кости назначают физиотерапевтические методы лечения: светолечение лампой соллюкс, теплые ванночки из антисептических и дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.

Комментарии: Для более быстрого прекращения воспалительных явлений и для сокращения сроков заживления инфицированной лунки.

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендован кюретаж лунки.

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.).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: в случае сохранения или дальнейшего распространения воспалительного процесса, усиления болевых ощущений.

3.3. Иное лечение

Не проводится.

4. Реабилитация

Не проводится.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

- Рекомендовано пациенту 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.

6. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с альвеолитом лунки зуба проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с альвеолитом лунки зуба осуществляется в основном врачами-стоматологами-хирургами, челюстно-лицевыми хирургами и врачами-стоматологами общей практики. В процессе оказания помощи принимает участие врач-физиотерапевт и средний медицинский персонал. Перед медицинским вмешательством следует получить информированное добровольное согласие пациента.

Лечение пациентов с отягощенным аллергическим 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.

**7. Дополнительная информация, влияющая на исход
заболевания/синдрома**

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность 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

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи

1.	Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества		
	Проводилось ли при постановке диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация челюстно-лицевой области, 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 полости 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

Список литературы

1. Андреищев, А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. диссертации. канд.мед.наук. - СПб., 2005.-25с.
2. Беланов, Г.Н. Комплексное лечение больных альвеолитами с использованием биогенных материалов с антимикробным эффектом: автореф. диссертации 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:
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., Костюченко, Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / М.И.Кузина, Б.М.Костюченко. - 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-gemostaticheskikh-sredstv>
12. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие / А.А. Тимофеев.-М.:Медицина, 2007.-696с.

13. 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>

Состав Рабочей группы

Председатель:

Китаева Е.Ю. – главный внештатный стоматолог Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника имени В.М. Арестова».

Члены:

Голубова А.С. – заведующая Бендерским отделением государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника имени В.М. Арестова»;

Фукс А.П. – заместитель главного врача государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника имени В.М. Арестова»;

Черников О.А. – врач-стоматолог-ортопед государственного унитарного предприятия «Республиканская стоматология».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел эксперт по клиническому направлению (специальности) «Стоматология» Вишнякова Т.Е. – заместитель главного врача по лечебной работе государственного унитарного предприятия «Республиканская стоматология».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

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

Настоящие клинические рекомендации несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объем медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики,

Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в пять лет. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учетом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

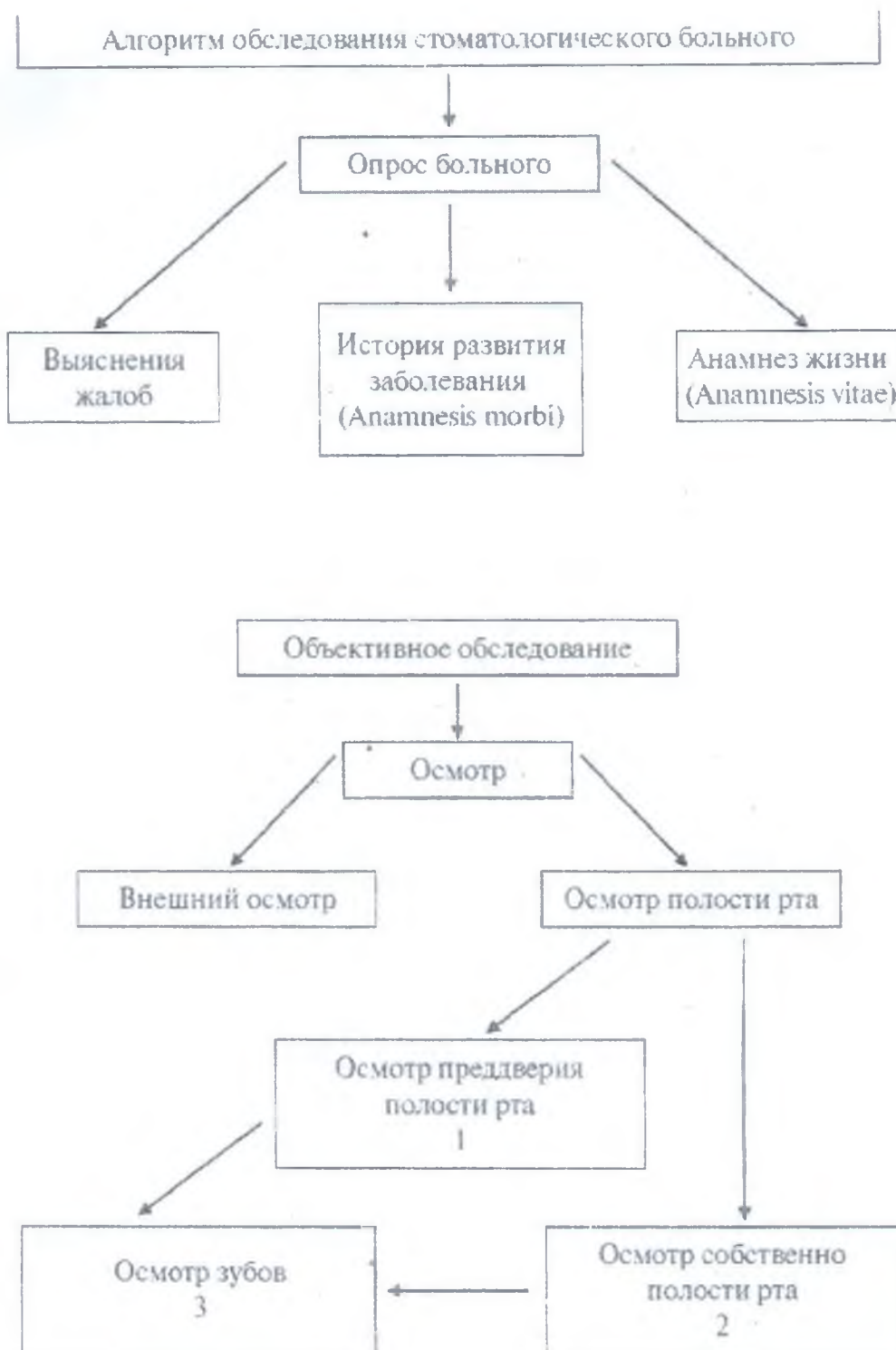
Настоящие клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых актов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);

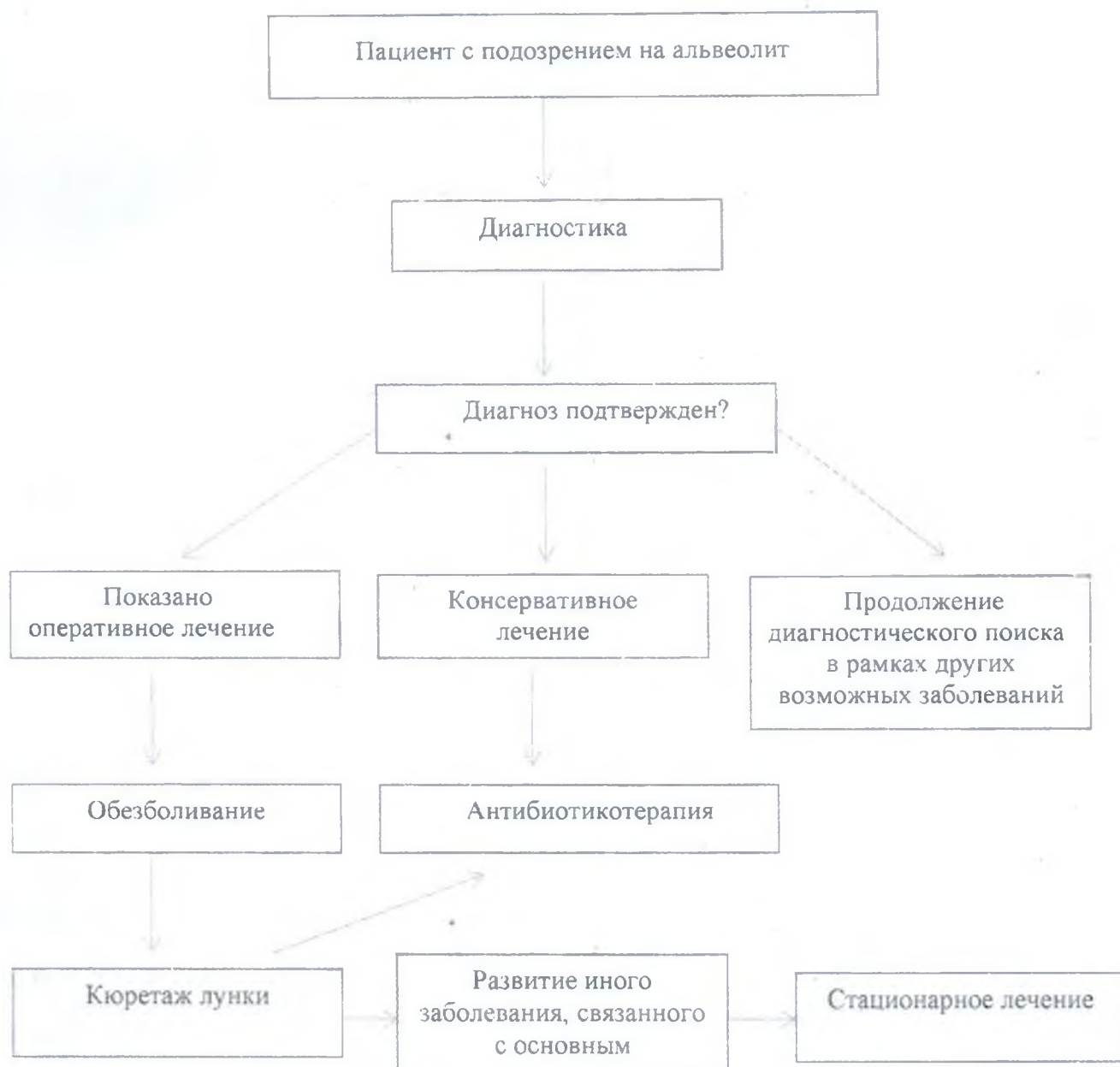
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);

3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22).

Алгоритмы действий врача



Алгоритм ведения пациента



Информация для пациента

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, прикладывать лед на щеку со стороны вмешательства по 10-20 минут с перерывами в 30 минут в течение первых суток после операции.

Если Вы хотите предупредить появление боли, то лучше принять обезболивающее (например, нурофен, кетанов, нимесил, анальгин) еще до того, как отошла анестезия.

Последующие перевязки назначают каждый день или через день, в зависимости от течения воспалительного процесса.