

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

2 мая 2023 г. № 66

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с нейрогенными заболеваниями челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищем верхнечелюстной пазухи» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи» (прилагается).

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2011 г. № 1245 «Об утверждении клинических протоколов стоматологического профиля и признании утратившими силу отдельных структурных элементов приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2006 г. № 807, от 25 февраля 2008 г. № 142».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с нейрогенными заболеваниями челюстно-лицевой области»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных условиях пациентам (взрослое население) с нейрогенными заболеваниями челюстно-лицевой области (далее – НГЗ ЧЛЮ) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – G50 Поражения тройничного нерва: G50.0 Невралгия тройничного нерва, G50.1 Атипичная лицевая боль; G51 Поражения лицевого нерва).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

невралгия тройничного нерва – хроническое заболевание, проявляющееся приступами интенсивной, стреляющей, жгучей боли в зонах иннервации тройничного нерва;

атипичная лицевая боль – персистирующая боль в области лица, не имеющая признаков невралгий черепных нервов и не ассоциированная с объективными симптомами или органическими заболеваниями;

поражение (невропатия) лицевого нерва – заболевание нервной системы, при котором происходит частичное или полное поражение функции лицевого нерва, отвечающего за мимическую мускулатуру лица.

4. Для лечения НГЗ ЧЛО применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинские показания к оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях и медицинские показания для госпитализации пациентов с НГЗ ЧЛО определяются клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2018 г. № 8.

При наличии медицинских показаний пациенты с НГЗ ЧЛО направляются для госпитализации в неврологическое отделение больничной организации.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ НГЗ ЧЛО

8. Признаки и критерии, определяющие НГЗ ЧЛО:

боль;

расстройства чувствительности (отсутствие чувствительности, пониженная или повышенная чувствительность) в области иннервации нерва;

параличи и парезы мускулатуры в области иннервации нерва (нервов);

полная или частичная утрата функции нерва (нервов).

9. Невралгия тройничного нерва характеризуется внезапными, кратковременными, интенсивными, повторяющимися болями в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, обычно с одной стороны лица.

Для типичного приступа невралгии характерна пароксизмальная боль «стреляющего» характера, чаще сравниваемая пациентом с «ударом тока». Отмечается наличие «светлого промежутка» между приступами, продолжительность одного пароксизма не превышает двух минут. Часто боль вызывает спазм мышц лица пораженной стороны – болевой тик. Приступы возникают спонтанно или при разговоре, жевании, умывании, бритье, чаще во второй половине дня. Характерно наличие триггерных зон.

Атипичная лицевая боль характеризуется упорным течением. Для неврита тройничного нерва характерны стойкие постоянные боли в зоне иннервации пораженной ветви нерва.

Особенности болевого синдрома при неврите тройничного нерва:

болевой приступ сопровождается расстройствами других видов чувствительности в областях иннервации пораженных ветвей;

интенсивность болевых ощущений пациента постоянно сохраняется на одном уровне;

при поражении III ветви тройничного нерва присоединяются двигательные нарушения;

чаще поражаются мелкие ветви n. trigeminus.

Невропатия лицевого нерва характеризуется поражением мимической мускулатуры челюстно-лицевой области. Происходит смещение (перекашивание) в сторону здоровой половины лица за счет тяги мышц непораженной стороны. Пораженная сторона выглядит несколько одутловатой. Все кожные складки, прежде всего лобные и носогубная, сглажены или отсутствуют, угол рта опущен. При вдохе возникает вздутие щеки, а при разговоре в момент произношения согласных букв щека «парусит». Глазная щель на стороне поражения шире, что обусловлено параличом круговой мышцы глаза, нижнее веко не прикасается к склере глазного яблока. Глаз выглядит «стеклянным», моргание редкое или отсутствует. При попытке закрыть глаза, на пораженной половине лица глаз не закрывается, глазное яблоко закатывается вверх и кнаружи. В незамкнутой глазной щели виднеется белочная оболочка (симптом Белла). Если пациент пытается смотреть вверх, то глазное яблоко на пораженной стороне поднимается выше, что приводит к образованию более широкой полосы склеры между нижним веком и роговицей (симптом Негро). При попытке крепко зажмурить глаза из положения с опущенными веками здоровый глаз закрывается, а на пораженной стороне верхнее веко стремительно поднимается вверх (симптом Дюпюи-Дютана). Нарушается процесс пережевывания пищи: твердая часть пищи западает в складку слизистой оболочки в преддверии полости рта, жидкая часть вытекает через опущенный угол рта на пораженной половине лица. Клинические проявления зависят от уровня поражения лицевого нерва.

10. Классификация поражений тройничного и лицевого нерва:

10.1. невралгия тройничного нерва классифицируется:

по этиологии (природе возникновения):

первичная – истинная (эссенциальная или идиопатическая);

вторичная – симптоматическая (по форме проявления делится на центральную и периферическую (компрессионную));

по провоцирующему фактору:

травматическая;

инфекционная;

развившаяся в результате декорреляции обмена веществ в организме;

10.2. атипичная лицевая боль классифицируется по клинической картине:

типичная прозопалгия (пароксизмальная невралгия черепных нервов: тройничного, языкоглоточного, верхнегортанного; характеризуется уникальностью этиологии (компрессионный характер), патогенеза (формирование аллогенной системы пароксизмального типа), клиники и ответа на терапию – эффект от определенных антиэпилептических ЛС, а не от анальгетиков);

атипичная прозопалгия (различная по происхождению и патогенетическим механизмам боль, в большинстве случаев вегетативно-сосудистая; этиологический фактор установить не удается);

10.3. неврит лицевого нерва классифицируется по уровню поражения:

центральный неврит лицевого нерва;

периферический неврит лицевого нерва.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА НГЗ ЧЛЮ

11. Постановку диагноза на стоматологическом хирургическом приеме в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

12. Для постановки диагноза в амбулаторных условиях проводятся:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

13. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

13.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, выявление причин развития заболевания (одонтогенная или неодонтогенная);

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, осмотр кожных покровов);

осмотр, пальпация лимфатических узлов, жевательных и мимических мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава, оценка зубов, зубных рядов, пломб и протезов с выявлением очагов хронической одонтогенной инфекции, оценка слизистой оболочки полости рта, тканей периодонта, оценка (определение) степени открывания рта и болезненности;

13.2. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

прицельная внутриротовая контактная рентгенография;

ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ) челюстно-лицевой области.

14. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

14.1. инструментальные исследования:

лучевые методы исследования:

КЛКТ челюстно-лицевой области;

КЛКТ височно-нижнечелюстных суставов;

магнитно-резонансная и компьютерная томография головного мозга (выполняется в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

функционально-диагностические исследования:

функциональные пробы;

электроодонтодиагностика;

электромиография;

14.2. диагностические блокады второй, третьей ветвей тройничного нерва по медицинским показаниям;

14.3. консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-психотерапевта, врача-инфекциониста, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача-оториноларинголога, врача-эндокринолога, врача-гематолога, врача-кардиолога, врача-гастроэнтеролога, врача-ревматолога, врача-аллерголога-иммунолога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, врача общей практики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НГЗ ЧЛО В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

15. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях при выявлении одонтогенной причины заболевания являются:

устранение одонтогенной причины заболевания;

санация полости рта.

16. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

16.1. физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима применения и кратности):

ультрафиолетовое облучение – 3–5 процедур через 1–3 дня;

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 5–7 процедур, ежедневно;

импульсная низкочастотная электротерапия – 10 процедур, ежедневно;

ультразвуковая терапия – 10 процедур, ежедневно;

лазеротерапия – 10–12 процедур, ежедневно или через день;

электрофорез ЛС – 10 процедур ежедневно;

дарсонвализация – 3–10 процедур, ежедневно;
инфракрасное облучение – 10 процедур, ежедневно;
парафинотерапия – 10–15 процедур, ежедневно;

16.2. рефлексотерапевтическое лечение (не должно использоваться параллельно с физиотерапевтическим лечением, при последовательном применении временной интервал должен составлять не менее 2 недель):

электрорефлексотерапия – 10–12 процедур, ежедневно или через день.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения
Республики Беларусь

02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов челюстно-лицевой области»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с болезнями вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов челюстно-лицевой области (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – I80.8 Флебит и тромбофлебит других локализаций; I88.1 Хронический лимфаденит, кроме брыжеечного).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

флебит – воспаление стенки венозного сосуда;

тромбофлебит – острое воспаление вен и окружающих тканей с тромбозом;

лимфаденит – воспаление лимфатического узла, чаще носящее вторичный характер и являющееся следствием воспалительного процесса, развивающегося в челюстно-лицевой области.

4. Для лечения болезней вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов челюстно-лицевой области применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинская помощь пациентам с острым серозным лимфаденитом оказывается в амбулаторных условиях.

Пациенты с болезнями вен, острыми гнойными процессами лимфатических сосудов и лимфатических узлов челюстно-лицевой области и их осложнениями подлежат госпитализации в отделения челюстно-лицевой хирургии (общей хирургии, интенсивной терапии и реанимации) больничных организаций.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ВЕН, ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

8. Тромбофлебит вен лица чаще развивается как осложнение фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области и шеи, но может осложнять и другие инфекционно-воспалительные процессы указанных областей. Поражение сосудистой стенки может происходить при снижении реактивности организма пациента, замедлении кровотока, повреждении стенки, изменении состава крови и повышении ее свертывания (эндофлебит) при переходе воспалительного процесса из клетчатки на наружную стенку вены (перифлебит).

Клиническая симптоматика у пациентов с флебитом, тромбофлебитом вен лица характеризуется:

- резким отеком и инфильтрацией тканей по ходу угловой и лицевой вен, плотным болезненным инфильтратом, кожными покровами синюшного оттенка;
- отеком и гиперемией, не имеющей четких границ;
- возможной плотной инфильтрацией век;
- отсутствием ограничений движения глазных яблок;
- выраженной интоксикацией организма пациента (высокой температурой тела до 39–40 °С; ознобом; бледностью кожных покровов; потливостью; значительным изменением периферической крови, характерным для воспалительного процесса, – лейкоцитозом со сдвигом формулы влево, скорости оседания эритроцитов, достигающей 60 мм/час; изменениями в анализе мочи, свойственными токсическому нефриту).

Характерны следующие изменения в гемостазе:

- укорочение времени свертывания венозной крови (от 4 минут 55 секунд до 11 минут 55 секунд при определении по методу Ли-Уайта);
- повышение уровня содержания фибриногена в крови (от 5–7 до 10–12 мг/мл при определении по методу Мачабели);
- появление фракции фибриногена В – «индикатора» тромбина крови при определении по методу Лайониса (в норме в крови он отсутствует);
- повышение уровня активности XIII фактора с 43–73 до 80–90 секунд при определении по методу Балуда;
- угнетение фибринолиза;
- протромбиновый индекс может изменяться в различных пределах или его значения находятся в пределах нормы.

9. Лимфадениты челюстно-лицевой области классифицируют по течению на острые (в свою очередь, делятся на серозные и гнойные) и хронические.

При остром серозном лимфадените определяется отечность мягких тканей в зоне регионарного лимфатического узла, которая может распространяться на соседние участки. Кожа над отеком собирается в складку, цвет ее не изменен. При пальпации определяется увеличенный лимфатический узел плотноэластической консистенции, малоболезненный, подвижный, с гладкой поверхностью.

При нагноении лимфатического узла происходит изменение конфигурации лица за счет воспалительного инфильтрата мягких тканей, кожные покровы гиперемированы, напряжены, болезненны. Мягкие ткани, окружающие лимфатический узел, инфильтрированы. Узел становится ограниченно подвижным, плотноэластической консистенции, при пальпации появляется симптом флюктуации.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ВЕН, ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

10. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

сбор анамнеза, выяснение этиологического фактора развития заболевания (фурункул, карбункул, рожистое воспаление, одонтогенные воспалительные заболевания);

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, осмотр кожных покровов);

пальпация (выявление воспалительного инфильтрата в области вен лица; подвижность, эластичность, болезненность, спаянность лимфатических узлов);

лабораторные диагностические исследования:

коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время (далее – АЧТВ), международное нормализованное отношение (далее – МНО));

общий анализ крови;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) мягких тканей челюстно-лицевой области).

13. Диагностика и дифференциальная диагностика лимфаденита в амбулаторных условиях осуществляется на основании следующих клинических признаков: жалоб пациента; наличия предшествующего заболевания; клинической характеристики лимфатических узлов:

жалобы:

при остром лимфадените – на округлые болезненные лимфатические узлы;

при хроническом лимфадените – на увеличенные болезненные лимфатические узлы;

при метастазах в лимфатические узлы – на увеличенные безболезненные лимфоузлы;

наличие предшествующего заболевания:

при остром лимфадените – в анамнезе имеет место одонтогенная, соматогенная, тонзиллогенная патология в течение предшествующих заболеванию 2–3 дней;

при хроническом лимфадените – после проведения комплексной противовоспалительной терапии слабая тенденция к уменьшению размеров лимфатических узлов;

при метастазах в лимфатические узлы – появление увеличенных безболезненных лимфатических узлов не связано с предшествующим заболеванием;

клиническая характеристика лимфатических узлов:

при остром лимфадените – определяются 1–2 увеличенных лимфоузла, по расположению соответствующих зоне лимфооттока, узлы подвижные, резко болезненные при пальпации;

при хроническом лимфадените – определяются увеличенные безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими мягкими тканями, плотные лимфатические узлы;

при метастазах в лимфатические узлы – определяются плотные, малоподвижные или несмещаемые лимфатические узлы, безболезненные, у которых может быть бугристая поверхность, чаще может констатироваться когломерат лимфатических узлов с указанными характеристиками.

14. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

лабораторные диагностические исследования:

биохимический анализ крови;
определение D-димера;
при остром гнойном лимфадените – диагностическая пункция;
инструментальные диагностические исследования: электрокардиограмма;
консультация врача-специалиста (врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача-эндокринолога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

15. Постановку диагноза в стационарных условиях осуществляют врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

16. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

17. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

сбор анамнеза, выяснение этиологического фактора развития заболевания (фурункул, карбункул, рожистое воспаление, одонтогенные воспалительные заболевания);

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, осмотр кожных покровов);

пальпация (выявление воспалительного инфильтрата в области вен лица; подвижность, эластичность, болезненность, спаянность лимфатических узлов);

лабораторные диагностические исследования:

коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, МНО);

общий анализ крови;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: КЛКТ;

УЗИ мягких тканей челюстно-лицевой области.

18. Диагностика и дифференциальная диагностика лимфаденита в стационарных условиях осуществляется на основании следующих клинических признаков: жалоб пациента; наличия предшествующего заболевания; клинической характеристики лимфатических узлов:

жалобы:

при остром лимфадените – на округлые болезненные лимфатические узлы;

при хроническом лимфадените – на увеличенные болезненные лимфатические узлы;

при метастазах в лимфатические узлы – на увеличенные безболезненные лимфоузлы;

наличие предшествующего заболевания:

при остром лимфадените – в анамнезе имеет место одонтогенная, соматогенная, тонзиллогенная патология в течение предшествующих заболеванию 2–3 дней;

при хроническом лимфадените – после проведения комплексной противовоспалительной терапии слабая тенденция к уменьшению размеров лимфатических узлов;

при метастазах в лимфатические узлы – появление увеличенных безболезненных лимфатических узлов не связано с предшествующим заболеванием;

клиническая характеристика лимфатических узлов:

при остром лимфадените – определяются 1–2 увеличенных лимфоузла, по расположению соответствующих зоне лимфооттока, узлы подвижные, резко болезненные при пальпации;

при хроническом лимфадените – определяются увеличенные безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими мягкими тканями, плотные лимфатические узлы;

при метастазах в лимфатические узлы – определяются плотные, малоподвижные или несмещаемые лимфатические узлы, безболезненные, у которых может быть бугристая поверхность, чаще может констатироваться пакет лимфатических узлов с указанными характеристиками.

19. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

лабораторные диагностические исследования:
биохимический анализ крови;
определение D-димера;
при остром гнойном лимфадените – диагностическая пункция;
инструментальные диагностические исследования: электрокардиограмма;
консультация врача-специалиста (врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача-эндокринолога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ВЕН, ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

20. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

20.1. хирургические лечебные мероприятия:

перевязка послеоперационной раны (после первичной хирургической обработки фурункула, карбункула челюстно-лицевой области и шеи, удаления «причинного» зуба с обезбоживанием с применением ЛС согласно приложению 1) с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

20.2. комплексная лекарственная терапия:

антибактериальные ЛС (по медицинским показаниям) согласно приложению 3;
с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 5;
ингибиторы агрегации тромбоцитов (согласно приложению 6) для медицинской профилактики тромбообразования.

21. Дополнительным лечебным мероприятием в амбулаторных условиях является физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима воздействия и кратности):

ультрафиолетовое облучение очага поражения – 4–5 процедур, через 1–3 дня;

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 8–10 процедур, ежедневно;

флюктуоризация на лимфатические узлы – 4–5 процедур, ежедневно;

ультразвуковая терапия – 8–10 процедур, ежедневно;

сантиметроволновая терапия – 8–10 процедур, ежедневно;

лазеротерапия, магнитолазеротерапия – 10–15 процедур, ежедневно.

22. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

22.1. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* с применением ЛС согласно приложению 3;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

22.2. хирургические лечебные мероприятия:

первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага (фурункула, карбункула челюстно-лицевой области и шеи, удаление «причинного» зуба);
вид обезбоживания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

при остром лимфадените – пункции, и при получении гнойного экссудата проведение первичной хирургической обработки, дренирование инфекционно-воспалительного очага.

При необходимости катетеризация v. subclavia, когда в воспалительный процесс одновременно вовлечено более двух глубоких анатомических пространств или имеется тромбоз кавернозного синуса, катетер обязательно должен быть установлен в наружной сонной артерии на уровне позвонков C2–C3 или в общей сонной артерии;

22.3. консервативное лечение:

для снижения интоксикации организма и восстановления кислотно-щелочного баланса – антиацидемические и детоксикационные ЛС согласно приложению 7;

антибиотики широкого спектра действия согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 5;

для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков – стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 8;

для лечения и медицинской профилактики тромбообразования – антикоагулянты согласно приложению 9 (номограмма дозирования гепарина по уровню АЧТВ приведена в приложении 10).

23. Дополнительным лечебным мероприятием в стационарных условиях является физиотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 21 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

24. Возможные исходы заболевания:

лизис тромба и выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (тромбоз синусов мозговой оболочки, гнойный менингит, менингоэнцефалит, абсцесс головного мозга, сепсис).

25. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с болезнями вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов челюстно-лицевой области осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с болезнями вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера

		и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не должна превышать 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с флебитом, тромбофлебитом, лимфаденитом челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных). Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	Раствор можно использовать в неразведенной или разведенной в воде форме как раствор 10 % (1:10) или раствор 1 % (1:100), в зависимости от области тела, где необходима дезинфекция. 10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек; 1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов

4	Йод	Раствор спиртовой 5 % для наружного применения	Применяется наружно. Раствором йода смачивают ватный тампон, который используют для обработки операционного поля
5	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с флебитом, тромбофлебитом, лимфаденитом челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса

			определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с флебитом, тромбофлебитом, лимфаденитом челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
М01А Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов в возрасте старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болеом синдроме 3–5 дней

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

**Антигистаминные ЛС для системного применения, используемые при лечении
пациентов (взрослое население) с флебитом, тромбофлебитом, лимфаденитом
челюстно-лицевой области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Хлоропирамин	Таблетки 25 мг; раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл в ампулах 1 мл	Таблетки принимают во время еды по 25 мг 3–4 раза/сутки. Максимальная доза не должна превышать 150 мг/сутки (или 6 таблеток). При внутримышечном введении разовая доза составляет 20 мг (1 мл), суточная – 40 мг (2 мл). Средняя длительность назначения – 5–8 дней
2	Цетиризин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	Назначают по 1 таблетке 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней
3	Лоратадин	Таблетки 10 мг	Внутрь 10 мг 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Ингибиторы агрегации тромбоцитов, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с флебитом, тромбозом, лимфаденопатией челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
B01AC Ингибиторы агрегации тромбоцитов, исключая гепарин			
1	Ацетилсалициловая кислота	Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые, покрытые оболочкой), 75 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг	Принимают внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки

Приложение 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Антиацидемические и детоксикационные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с флебитом, тромбозом, лимфаденопатией челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	B05CB04 Антиацидемическое средство		
1.1	Натрия гидрокарбонат*	Раствор для инфузий 84 мг/мл во флаконах 200 мл	Внутривенно капельно в чистом виде или разведенным в других инфузионных растворах. При остро развивающемся ацидозе 50–100 мл раствора 8,4 %. Средняя доза от 2 до 5 мЭкв/кг (2–5 мл/кг), вводят в течение 4–8 часов. Необходимо контролировать кислотно-основное состояние крови
2	B05BB Растворы, влияющие на электролитный баланс		

2.1	Электролиты (натрия ацетат/натрия хлорид/калия хлорид)	Раствор для инфузий 50 мл – 500 мл	Вводят при тяжелых осложнениях внутривенно струйно (1–3 часа), при состоянии средней тяжести – внутривенно капельно, со скоростью 40–120 кап/мин (24–48 часов). Объем вводимого раствора подбирают индивидуально
2.2	Меглюмина натрия сукцинат	Раствор для инфузий 1,5 % 400 мл	Внутривенно, капельно, 90 капель/мин. Максимальная суточная доза 800 мл

* Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума с оформлением записи в медицинских документах.

Приложение 8
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с флебитом, тромбозом, лимфаденитом челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки

Приложение 9
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Антикоагулянты группы гепарина, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с флебитом, тромбозом, лимфаденитом челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования*
B01AB Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных			
1	Гепарин	Раствор для внутривенного и подкожного введения (для инъекций) 5000 МЕ/мл 5 мл	Назначают в виде непрерывной внутривенной инфузии в растворе натрия хлорида 9 мг/мл или растворе глюкозы 5 мг/мл в виде регулярных внутривенных инъекций, а также подкожно (в область живота). Лечебные дозы: начальная доза гепарина составляет 5000 МЕ внутривенно, затем применяются поддерживающие дозы по 18 МЕ/кг/ч (не более 1250 МЕ/ч) в виде внутривенной инфузии с постоянной скоростью. Необходимо ежедневно (начиная через 4–6 часов после первого введения гепарина) проводить мониторинг лабораторных показателей. Дозы гепарина при внутривенном введении подбирают индивидуально под контролем АЧТВ
2	Далтепарин натрия	Раствор для инъекций 2500 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл	Периоперационная профилактика: у пациентов с умеренным риском тромбоза 2500 МЕ за 1–2 часа до операции, у пациентов с дополнительным риском тромбоза вводится вечером накануне операции 5000 МЕ подкожно, либо 2500 МЕ за 1–2 часа до операции и 25000 МЕ через 12 часов. Профилактически: при низком риске тромбоза с профилактической целью 2500 МЕ подкожно, 1 раз в сутки. При дополнительных рисках тромбоза с профилактической целью либо 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки, либо по 2500 МЕ подкожно 2 раза в сутки (при риске кровотечения). Лечебные дозы: 100 МЕ/кг через 12 часов подкожно или 200 МЕ/кг подкожно один раз в сутки
3	Эноксапарин натрия	Раствор для инъекций 2000 анти- Ха МЕ/0,2 мл; 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл	Периоперационная профилактика: при умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно за 2 часа до операции, при высоком риске тромбоза – 4000 МЕ (0,4 мл) за 12 часов до операции, и возобновить через 12 часов после операции. Профилактически: при умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью 4000 МЕ (0,4 мл) подкожно 1 раз в сутки. Лечебные дозы: 100 МЕ/кг через 12 часов подкожно
4	Надропарин кальция	Раствор для подкожного введения 2850 МЕ анти-Ха 0,3 мл; 3800 МЕ анти-Ха 0,4 мл; 5700 МЕ анти-Ха 0,6 мл	При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (0,3 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью: за 12 часов до операции 2850 МЕ (при массе тела 51– 70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг), затем столько же через 12 часов после операции и далее столько же до 3 дней после операции, затем подкожно при массе тела 51– 70 кг – 3800 МЕ 1 раз в сутки и 5700 МЕ при массе тела свыше 70 кг.

			Лечебные дозы: 86 МЕ/кг в/в болюс, затем 86 МЕ/кг через 12 часов подкожно
--	--	--	---

* Коррекция дозы антикоагулянтов проводится пациентам с почечной недостаточностью.

Приложение 10
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с болезнями вен, лимфатических
сосудов и лимфатических узлов
челюстно-лицевой области»

Номограмма дозирования гепарина по уровню АЧТВ

№ п/п	Показатель, действия				
	АЧТВ (сек)	Повторить болюс (МЕ)	Прекратить инфузию (мин)	Коррекция дозы (МЕ/кг/час)	Время следующего измерения АЧТВ
1	<50	5000	0	+3 МЕ/кг/час	6 ч
2	50–59	0	0	+3 МЕ/кг/час	6 ч
3	60–85	0	0	Без изменений	Следующее утро
4	86–95	0	0	–2 МЕ/кг/час	Следующее утро
5	96–120	0	30	–2 МЕ/кг/час	6 ч
6	>120	0	60	–4 МЕ/кг/час	6 ч

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с верхнечелюстным синуситом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – J01.0 Острый верхнечелюстной синусит; J32.0 Хронический верхнечелюстной синусит).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

одонтогенный синусит острый – воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя, в отдельных ситуациях – надкостницы, костных стенок верхнечелюстных пазух, когда источником развития заболевания является зуб и характеризующийся полным исчезновением симптомов в течение 12 недель;

одонтогенный синусит хронический – воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя, иногда – надкостницы, костных стенок верхнечелюстных пазух, когда

источником развития заболевания является зуб, и оно длится более 12 недель без полного исчезновения симптомов (может отмечаться усиление симптомов).

4. Для лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинская помощь пациентам с острым гнойным и хроническим одонтогенным синуситом оказывается в гнойном отделении челюстно-лицевой хирургии, при развитии осложнений – в отделении интенсивной терапии и реанимации больничных организаций.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

8. Признаки и критерии, определяющие одонтогенный верхнечелюстной синусит: как правило, поражение одностороннее; локализованная боль в зависимости от стороны поражения пазухи (в подглазничной области); гнойные выделения из полости носа на стороне поражения; нарушение носового дыхания на стороне поражения; отек мягких тканей в подглазничной области, у корня носа на стороне поражения; визуализируемая при помощи лучевых методов исследования связь с «причинным» зубом.

9. Классификация верхнечелюстного синусита: по этиологическому фактору: бактериальный; грибковый; вызванный бактериально-грибковыми ассоциациями; назокомиальный, на фоне назогастральной интубации и искусственной вентиляции легких; по течению: легкий; среднетяжелый; тяжелый; по патогистологическим характеристикам заболевания: серозный; гнойный; гнойно-полипозный; полипозный; по специфической форме хронического синусита: одонтогенный; на фоне системных заболеваний (гранулематоз Вегенера, муковисцидоз, синдром Черджа-Стросс, синдром Картагенера, синдром Янга, первичные и вторичные иммунодефицитные состояния); на фоне опухолевого процесса; синдром «немного» синуса.

10. Признаки острого и хронического одонтогенного синусита:
- наличие «причинного» зуба, установленного дентального имплантата, инородного тела пазухи (пломбировочного материала, дренажа, дентального имплантата, зуба или его частей);
 - одностороннее поражение пазухи;
 - нарушение носового дыхания;
 - боли, отек, гиперемия мягких тканей подглазничной области;
 - серозное или гнойное отделяемое из носового хода на стороне поражения.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

11. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

12. Для постановки диагноза осуществляются:

- клиническое обследование пациента;
- обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;
- консультации врачей-специалистов.

13. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

13.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза заболевания, установка причины развития заболевания (одонтогенная или неодонтогенная), выяснение жалоб пациента;

осмотр челюстно-лицевой области, пальпация регионарных лимфоузлов, осмотр полости рта;

пальпация проекции придаточных пазух носа (лобных; решетчатых; верхнечелюстных пазух);

13.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: прицельная внутриротовая контактная радиография, ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ); рентгенография в проекциях (носоподбородочная, носолобная, боковая): обследование проводится в положении стоя или сидя (определяется: снижение пневматизации околоносовых пазух, иногда – горизонтальный уровень жидкости в пазухе);

риноскопия (определяются: гиперемия; отечность слизистой; гнойное отделяемое из средней носовой раковины; гнойное отделяемое в задних отделах носа; отделяемое с ихорозным запахом);

13.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

14. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные исследования:

лучевые методы исследования: контрастная рентгенография (для уточнения формы хронического процесса в пазухе);

эндоскопия полости носа и околоносовых пазух (с применением жесткого или гибкого эндоскопа);

пункция верхнечелюстной пазухи;

консультация врача-специалиста (врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-невролога, врача-нейрохирурга).

15. Постановку диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

16. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

17. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

сбор анамнеза заболевания, установка причины развития заболевания (одонтогенная или неодонтогенная), выяснение жалоб пациента;

осмотр челюстно-лицевой области, пальпация регионарных лимфоузлов, осмотр полости рта;

пальпация проекции придаточных пазух носа (лобных; решетчатых; верхнечелюстных пазух);

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: прицельная внутриротовая контактная радиография, ортопантомография челюстей или КЛКТ; рентгенография в проекциях (носоподбородочная, носолобная, боковая): обследование проводится в положении стоя или сидя (определяется: снижение пневматизации околоносовых пазух, иногда – горизонтальный уровень жидкости в пазухе);

риноскопия (определяются: гиперемия; отечность слизистой; гнойное отделяемое из средней носовой раковины; гнойное отделяемое в задних отделах носа; отделяемое с ихорозным запахом);

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

18. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

лучевые методы исследования: контрастная рентгенография (для уточнения формы хронического процесса в пазухе);

эндоскопия полости носа и околоносовых пазух (с применением жесткого эндоскопа или гибкого эндоскопа);

пункция верхнечелюстной пазухи;

консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-невролога, врача-нейрохирурга).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

19. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

19.1. перевязка послеоперационной раны (при операции – обезболивание с применением ЛС согласно приложению 1) с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

19.2. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 5;

сосудосуживающие местные ЛС согласно приложению 6.

20. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

20.1. физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима и кратности):

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 8–10 процедур, ежедневно;
сантиметроволновая терапия – 8–10 процедур, ежедневно;
лазеротерапия и магнитолазеротерапия – 10–15 процедур, ежедневно;
магнитотерапия – 10–15 процедур, ежедневно;

20.2. рефлексотерапевтическое лечение (не должно использоваться параллельно с физиотерапевтическим лечением, при последовательном применении временной интервал должен составлять не менее 2 недель):

электрорефлексотерапия – 10 процедур, ежедневно.

21. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

21.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за час до проведения хирургического вмешательства;

21.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика с применением ЛС* согласно приложению 3;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

21.3. хирургические лечебные мероприятия:

вид обезболивания – местная анестезия (с применением ЛС согласно приложению 1), или местное потенцированное обезболивание, или общее обезболивание;

удаление «причинного» зуба, дентального имплантата, дренирование пазухи через зубную альвеолу или пункция пазухи через нижний носовой ход или через соустье с нижним носовым ходом при выполнении радикальной операции на верхнечелюстной пазухе;

наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС с применением ЛС согласно приложению 2;

21.4. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 5;

сосудосуживающие местные ЛС согласно приложению 6;

стероидные противовоспалительные ЛС однократно в раннем послеоперационном периоде согласно приложению 7.

22. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются физиотерапевтическое лечение и рефлексотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 20 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

23. Возможные исходы заболеваний:

купирование инфекционно-воспалительного процесса в полости носа и придаточных пазух носа, выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (ограниченного остеомиелита верхней челюсти, диффузного остеомиелита челюсти, флегмоны орбиты, абсцесса, флегмоны окружающих мягких тканей, тромбоза челюстно-лицевой области, внутричерепного синус-тромбоза, сепсиса).

24. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не более 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			

1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных). Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	Раствор можно использовать в неразведенной или разведенной в воде форме как раствор 10 % (1:10) или раствор 1 % (1:100), в зависимости от области тела, где необходима дезинфекция. 10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек; 1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов
4	Йод	Раствор спиртовой 5 % для наружного применения	Применяется наружно. Раствором йода смачивают ватный тампон, который используют для обработки операционного поля
5	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы: антибиотики, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды)

		для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотик			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспорины. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			

6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
---	-------------	---	--

Приложение 4

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 5

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов

(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

Антигистаминные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Хлоропирамин	Таблетки 25 мг; раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл в ампулах 1 мл	Таблетки принимают во время еды по 25 мг 3–4 раза/сутки. Максимальная доза не должна превышать 150 мг/сутки (или 6 таблеток). При внутримышечном введении разовая доза составляет 20 мг (1 мл), суточная – 40 мг (2 мл). Средняя длительность назначения – 5–8 дней
2	Цетиризин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	Назначают по 1 таблетке 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней
3	Лоратадин	Таблетки 10 мг	Внутрь 10 мг 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

Сосудосуживающие ЛС (капли в нос), применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
R01A Средства для устранения воспалительного отека (деконгестанты) и другие средства для местного применения в ринологии			
1	Ксилометазолин	Капли назальные 1 мг/мл 10 мл	1 впрыскивание в каждый носовой ход. При необходимости повторить, но не более 3 раз в сутки. Длительность применения – не более 7 дней
2	Нафазолин	Капли назальные (раствор, капли в нос) 1 мг/мл 10 мл, 20 мл; спрей назальный 1 мг/мл 10 мл	По 2–4 капли (капли назальные) в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки не более 5 дней. По 1 впрыскиванию (спрей назальный) в каждый носовой ход 1–2 раза в день, не более 5–7 дней
3	Оксиметазолин	Капли назальные 0,5 мг/мл 10 мл; спрей назальный (дозированный) 0,5 мг/мл 25 мл	По 1–2 капли (капли назальные) в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки не более 7 дней. По 2 впрыскивания (спрей назальный) в каждый носовой ход каждые 12 часов, не более 7 дней

Приложение 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищем верхнечелюстной пазухи»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищем верхнечелюстной пазухи (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – J01.8 Другой острый синусит; K04.6 Периапикальный абсцесс с полостью: K04.60 Имеющий сообщение (свищ) с верхнечелюстной пазухой).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

перфорация дна верхнечелюстной пазухи – наличие сообщения верхнечелюстной пазухи через зубную альвеолу при удалении зуба или через сформированное отверстие в области альвеолярного отростка (при установке дентального имплантата, или операции синус-лифтинг, или операции цистэктомии корневой кисты, прилежащей к дну верхнечелюстной пазухи, или операции резекции верхушки корня, прилежащего или выступающего в верхнечелюстной синус) с полостью рта;

свищ верхнечелюстной пазухи – сообщение с верхнечелюстной пазухой при наличии эпителизации патологического канала между зубной альвеолой с полостью рта.

4. Для лечения перфорации дна верхнечелюстной пазухи, свища верхнечелюстной пазухи применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинская помощь пациентам при отсутствии воспалительных явлений в верхнечелюстной пазухе оказывается в амбулаторных условиях, при наличии воспалительных явлений в верхнечелюстной пазухе и (или) инородного тела верхнечелюстной пазухи пациенты подлежат госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии, при осложнениях – в отделение интенсивной терапии и реанимации больничной организации.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, СВИЩА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

8. Признаки и критерии, определяющие перфорацию верхнечелюстной пазухи, свищ верхнечелюстной пазухи:

- наличие сообщения пазухи с полостью рта;
- выделение алой пенистой крови из зубной альвеолы после удаления зуба или из участка операционного поля при выполнении других операций в данной зоне;
- ощущение «провала» инструмента при зондировании зубной альвеолы или операционного поля;

- выделение крови из носового хода на стороне поражения;
- положительный симптом «воздушной струи».

9. Классификация перфораций и свищей верхнечелюстной пазухи:

- по моменту выявления:
 - диагностированные;
 - не диагностированные;
- по срокам течения процесса:
 - острые (обнаруживаются непосредственно в процессе проведения хирургических манипуляций или сразу после их завершения);
 - хронические (обнаруживаемые через несколько суток);
- по наличию осложнений:
 - осложненные (с наличием воспаления верхнечелюстной пазухи; с наличием инородного тела в верхнечелюстной пазухе (зуб и его части, пломбировочный материал, дентальный имплантат, дренаж));
 - неосложненные (без воспаления верхнечелюстной пазухи; без инородного тела в верхнечелюстной пазухе);
- сообщение с полным или частичным удалением зуба;
- в зависимости от размера:
 - малые – до 5 мм;
 - средние – 5–7 мм;
 - большие – более 7 мм.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, СВИЩА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

10. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

12.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины развития заболевания (одонтогенная или неодонтогенная);

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация лимфатических узлов, оценка зубов, зубных рядов, пломб и протезов с выявлением очагов хронической одонтогенной инфекции, оценка слизистой оболочки полости рта, тканей периодонта; степень открывания рта и болезненность;

12.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования (обследование проводится в положении пациента стоя или сидя и позволяет определить горизонтальный уровень жидкости в пазухе, снижение пневматизации околоносовых пазух):

рентгенография (носоподбородочная, носолобная, боковая проекции);

конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ) верхней челюсти;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ).

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

13.1. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования (для уточнения характера течения процесса в пазухе): контрастная рентгенография;

эндоскопия полости носа и околоносовых пазух (с применением жесткого эндоскопа или гибкого эндоскопа);

13.2. лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС;

13.3. консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-оториноларинголога, врача лучевой диагностики, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, других).

14. Постановку диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

15. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

16.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины развития заболевания (одонтогенная или неодонтогенная);

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация лимфатических узлов, оценка зубов, зубных рядов, пломб и протезов с выявлением очагов хронической одонтогенной инфекции, оценка слизистой оболочки полости рта, тканей периодонта; степени открывания рта и болезненности;

16.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования (обследование проводится в положении пациента стоя или сидя и позволяет определить горизонтальный уровень жидкости в пазухе, снижение пневматизации околоносовых пазух):

рентгенография (носоподбородочная, носолобная, боковая проекции);

КЛКТ верхней челюсти;

УЗИ;

16.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

17. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

17.1. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования (для уточнения характера течения процесса в пазухе):
контрастная рентгенография;

эндоскопия полости носа и околоносовых пазух (с применением жесткого эндоскопа или гибкого эндоскопа);

17.2. лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС;

17.3. консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-оториноларинголога, врача лучевой диагностики, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, СВИЩА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

18.2. хирургические лечебные мероприятия в амбулаторных условиях проводятся в зависимости от размера и локализации перфорации пазухи:

перфорация с отсутствием воспалительных процессов в верхнечелюстной пазухе:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

пластическое устранение перфорации местными тканями в области верхнего свода преддверия полости рта, наложение швов; снятие швов на 10 сутки;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией раствором хлоргексидина (для наружного местного применения) 0,5 мг/мл согласно приложению 2;

перфорация с наличием локальных одонтогенных воспалительных процессов, локализованных в области дна верхнечелюстной пазухи: инстилляцией верхнечелюстной пазухи раствором хлоргексидина (для наружного местного применения) 0,5 мг/мл согласно приложению 2;

после купирования воспалительного процесса:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

пластическое устранение перфорации местными тканями в области верхнего свода преддверия полости рта, наложение швов; снятие швов на 10 сутки;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией раствором хлоргексидина (для наружного местного применения) 0,5 мг/мл согласно приложению 2;

18.3. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью уменьшения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

сосудосуживающие ЛС местного действия согласно приложению 5;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 6.

Пациенту рекомендуется: не сморкаться, не осуществлять «форсированных» выдохов и выдохов через рот и нос в течение 7 суток.

19. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

19.1. физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима и кратности):

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 8–10 процедур, ежедневно;

сантиметроволновая терапия – 8–10 процедур, ежедневно;

лазеротерапия и магнитолазеротерапия – 10–15 процедур, ежедневно;

магнитотерапия – 10–15 процедур, ежедневно;

19.2. рефлексотерапевтическое лечение (не должно использоваться параллельно с физиотерапевтическим лечением, при последовательном применении временной интервал должен составлять не менее 2 недель):

электрорефлексотерапия – 10 процедур, ежедневно.

20. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

20.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

20.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 3;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

20.3. хирургические лечебные мероприятия:

хирургическое лечение в стационарных условиях проводится в зависимости от размера и локализации перфорации пазухи:

перфорация с наличием обширного воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе: инстилляцией верхнечелюстной пазухи раствором хлоргексидина (для наружного местного применения) 0,5 мг/мл согласно приложению 2;

после купирования воспалительного процесса:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1, или местное потенцированное обезболивание, или общее обезболивание;

пластическое устранение перфорации местными тканями в области верхнего свода преддверия полости рта, наложение швов; снятие швов на 10 сутки;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

перфорация с отсутствием воспалительных процессов в верхнечелюстной пазухе и наличием инородного тела (корня зуба, дентального имплантата, дренажа, другого):

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1, или местное потенцированное обезболивание, или общее обезболивание;

хирургическое лечение: удаление инородного тела (корня зуба, дентального имплантата, дренажа, другого) и пластическое устранение перфорации местными тканями в области верхнего свода преддверия полости рта, наложение швов; снятие швов на 10 сутки;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

перфорация с наличием воспалительных процессов в верхнечелюстной пазухе и наличием инородного тела (корня зуба, дентального имплантата, дренажа, другого): инстиляция верхнечелюстной пазухи раствором антисептического ЛС согласно приложению 2;

после купирования воспалительного процесса:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1, или местное потенцированное обезболивание, или общее обезболивание;

удаление инородного тела, участков пораженной слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и пластическое устранение перфорации местными тканями в области верхнего свода преддверия полости рта, наложение швов; снятие швов на 10 сутки;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

20.4. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

сосудосуживающие ЛС местного действия согласно приложению 5;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 6;

стероидные противовоспалительные ЛС однократно в раннем послеоперационном периоде согласно приложению 7.

Пациенту рекомендуется: не сморкаться, не осуществлять «форсированных» выдохов и выдохов через рот и нос в течение 7 суток.

21. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются физиотерапевтическое лечение и рефлексотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 19 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

22. Возможные исходы заболеваний:

купирование инфекционно-воспалительного процесса, выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (синусита, формирование свища пазухи, ограниченного остеомиелита верхней челюсти, диффузного остеомиелита челюсти, флегмоны орбиты, абсцесса, флегмоны окружающих мягких тканей, тромбофлебита челюстно-лицевой области, внутричерепного синус-тромбоза, сепсиса).

23. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищем верхнечелюстной пазухи осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с перфорацией
дна верхнечелюстной пазухи,
свищом верхнечелюстной пазухи»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищом верхнечелюстной пазухи**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не более 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с перфорацией
дна верхнечелюстной пазухи,
свищом верхнечелюстной пазухи»

**Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищом
верхнечелюстной пазухи**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2– 3 раза в сутки (на тампоне или путем

			орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных). Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	Раствор можно использовать в неразведенной или разведенной в воде форме как раствор 10 % (1:10) или раствор 1 % (1:100), в зависимости от области тела, где необходима дезинфекция. 10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек; 1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов
4	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с перфорацией
дна верхнечелюстной пазухи,
свищем верхнечелюстной пазухи»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищем верхнечелюстной пазухи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы: антибиотики, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более

			14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотики			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспорины. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 4

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с перфорацией
дна верхнечелюстной пазухи,
свищом верхнечелюстной пазухи»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищем верхнечелюстной пазухи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с перфорацией
дна верхнечелюстной пазухи,
свищем верхнечелюстной пазухи»

Сосудосуживающие ЛС (капли в нос), используемые при лечении пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищем верхнечелюстной пазухи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
R01A Средства для устранения воспалительного отека (деконгестанты) и другие средства для местного применения в ринологии			
1	Ксилометазолин	Капли назальные 1 мг/мл 10 мл	1 впрыскивание в каждый носовой ход. При необходимости повторить, но

			не более 3 раз в сутки. Длительность применения – не более 7 дней
2	Нафазолин	Капли назальные (раствор, капли в нос) 1 мг/мл 10 мл, 20 мл; спрей назальный 1 мг/мл 10 мл	По 2–4 капли (капли назальные) в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки не более 5 дней. По 1 впрыскиванию (спрей назальный) в каждый носовой ход 1–2 раза в день, не более 5–7 дней
3	Оксиметазолин	Капли назальные 0,5 мг/мл 10 мл; спрей назальный (дозированный) 0,5 мг/мл 25 мл	По 1–2 капли (капли назальные) в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки не более 7 дней. По 2 впрыскивания (спрей назальный) в каждый носовой ход каждые 12 часов, не более 7 дней

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с перфорацией
дна верхнечелюстной пазухи,
свищом верхнечелюстной пазухи»

Антигистаминные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищом верхнечелюстной пазухи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Хлоропирамин	Таблетки 25 мг; раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл в ампулах 1 мл	Таблетки принимают во время еды по 25 мг 3–4 раза/сутки. Максимальная доза не должна превышать 150 мг/сутки (или 6 таблеток). При внутримышечном введении разовая доза составляет 20 мг (1 мл), суточная – 40 мг (2 мл). Средняя длительность назначения – 5–8 дней
2	Цетиризин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	Назначают по 1 таблетке 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней
3	Лоратадин	Таблетки 10 мг	Внутрь 10 мг 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней

Приложение 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с перфорацией
дна верхнечелюстной пазухи,
свищом верхнечелюстной пазухи»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищом верхнечелюстной пазухи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки

2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки
---	-------------	--	--

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K01.0 Ретенированные зубы; K01.1 Импактные зубы; K05.2 Острый пародонтит; K05.22 Острый перикоронит; K05.3 Хронический пародонтит; K05.32 Хронический перикоронит).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

дистопированный зуб – зуб, который имеет аномальное расположение;

импакция – задержка прорезывания зуба, связанная с наличием механического препятствия. Причинами являются дефицит места в зубном ряду на фоне скученности, наличие слизистого барьера или сверхкомплектные зубы, другие факторы;

перикоронит – воспаление мягких тканей в области прорезывающегося или прорезавшегося зуба;

ретенированный зуб – зуб, который не прорезался в соответствующее время на том месте в зубном ряду, где ожидалось его прорезывание.

4. Для лечения нарушения прорезывания зубов, перикоронита применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинская помощь пациентам с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом оказывается в амбулаторных условиях, пациенты с декомпенсированной соматической патологией и (или) с развитием осложнений подлежат госпитализации в гнойное отделение челюстно-лицевой хирургии больничной организации.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПЕРИКОРОНИТА

8. Признаки и критерии, определяющие нарушение прорезывания зубов, перикоронит:

ретенция и дистопия зуба характеризуются неправильным расположением и (или) отсутствием зуба в зубной дуге;

перикоронит характеризуется нарушением конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной, щечной областей, болью при открывании рта (за счет воспалительной контрактуры жевательных мышц), при жевании, при глотании; гиперемией и отеком слизистой оболочки в области третьих моляров и ретромолярной области; наличием серозного или гнойного экссудата; увеличением регионарных лимфатических узлов; повышением температуры тела.

9. Классификации нарушения прорезывания зубов, перикоронита:

9.1. классификация нарушения прорезывания (ретенции, дистопии) зубов:

по пространственному расположению: вертикальное положение; медиальный наклон; дистальный наклон; щечный наклон; язычный (небный) наклон; горизонтальное положение (в щечную сторону – букковерсия, в язычную сторону – лингвоверсия); инверсия;

по углу наклона: 25°; 40°; 55°; 70°;

по глубине расположения в челюстной кости:

незначительная – когда над поверхностью альвеолярного отростка (альвеолярной части) находится 1/3 коронки «причинного» зуба и более;

средняя – над поверхностью альвеолярного отростка (альвеолярной части) находится только один из бугров «причинного» зуба;

глубокая – «причинный» зуб полностью погружен в костную ткань альвеолярного отростка (альвеолярной части челюстной кости);

по расстоянию от второго моляра до передней границы ветви нижней челюсти:

1/2 длины зуба;

1/3 длины зуба;

1/4 длины зуба;

9.2. классификация перикоронита:

по течению: острый или хронический;

по виду поражения «капюшона» слизистой оболочки, покрывающей «причинный» зуб или прилежащей к нему:

язвенный;

серозный;

гнойный.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПЕРИКОРОНИТА

10. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

12.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (генетически обусловленные или не генетически обусловленные);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций; оценка (определение) степени открывания рта, болезненности;

обследование области третьих моляров, оценка их расположения в альвеолярном отростке (альвеолярной части челюсти); достаточно или недостаточно места для их прорезывания и их взаимодействие (при наличии) со вторым моляром, (при наличии) с зубами-антагонистами;

оценка состояния слизистой оболочки вокруг нижнего третьего моляра, наличие нависающей слизистой оболочки «капюшона» над «причинным» зубом;

12.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

12.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

13.1. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

13.2. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

консультация врача-специалиста (врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-ортопеда, других).

14. Постановку или подтверждение диагноза в стационарных условиях осуществляют врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

15. Для постановки или подтверждения диагноза в стационарных условиях осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

16.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (генетически обусловленные или не генетически обусловленные);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций; оценка (определение) степени открывания рта, болезненности;

обследование области третьих моляров, оценка их расположения в альвеолярном отростке (альвеолярной части челюсти); достаточно или недостаточно места для их прорезывания и их взаимодействие (при наличии) со вторым моляром, (при наличии) с зубами-антагонистами;

оценка состояния слизистой оболочки вокруг нижнего третьего моляра, наличие нависающей слизистой оболочки «капюшона» над «причинным» зубом;

16.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

16.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

17. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

17.1. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

17.2. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

консультация врача-специалиста (врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-ортопеда, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПЕРИКРОНИТА. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

18.2. хирургические лечебные мероприятия:

при ретенции, полуретенции и (или) дистопии (расположении зуба в вертикальном положении, при медиальном, щечном, язычном (небном) наклоне), а также отсутствии сопутствующих заболеваний или при наличии компенсированной соматической патологии хирургическое вмешательство следует выполнять в амбулаторных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

операция – сложное, атипичное удаление зуба;

наложение направляющих швов; швы снимают через 7–10 суток;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

при ретенции, полуретенции и (или) дистопии (расположении зуба в горизонтальном положении (в щечную сторону – букковерсия; в язычную сторону – лингвоверсия), инверсии, хирургическое вмешательство выполняют в амбулаторных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

операция – сложное, атипичное удаление зуба;

наложение направляющих швов (швы снимают через 7–10 суток);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

при перикороните:

проводят удаление зуба, если имеется полуретенция и (или) дистопия (зуб расположен в вертикальном, щечном, язычном, небном положении);

проводят только перикоронаротомию или перикоронарозотомию, при полуретенции и дистопии (в горизонтальном положении, медиальный, дистальный наклон). После купирования воспалительных явлений «причинный» зуб удаляется в плановом порядке.

Перикоронаротомию или перикоронарозотомию проводят под местным обезболиванием (проводниковой и (или) инфильтрационной анестезией с использованием ЛС согласно приложению 1): выполняют линейный разрез слизистой оболочки длиной 1,5 см над непрорезавшимся «причинным» зубом или его непрорезавшейся частью в месте наибольшего выбухания слизистой оболочки (перикоронаротомия) или полностью иссекают нависающий над «причинным» зубом «капюшон» (перикоронарозотомия), рану инстиллируют раствором антисептического ЛС согласно приложению 2, вводят антисептическую марлевую турунду – дренаж;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

18.3. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4.

19. Дополнительным лечебным мероприятием в амбулаторных условиях является физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима воздействия и кратности):

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 2–3 процедуры, ежедневно;

флюктуоризация – 6–10 процедур, ежедневно или через день;

магнитотерапия – 6–10 процедур, ежедневно.

20. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

20.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут

до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за час до проведения хирургического вмешательства;

20.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 3;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

20.3. хирургическое лечение ретенции и дистопии зубов:

при ретенции, полуретенции и (или) дистопии (расположении зуба в горизонтальном положении (в щечную сторону – букковерсия; в язычную сторону – лингвоверсия), инверсии, в клинических ситуациях, когда зуб распложен глубоко в костной ткани, в непосредственной близости нижнечелюстного канала и имеется угроза травмирования сосудисто-нервного пучка, а также при локализации зуба в области угла челюсти и при угрозе ее перелома в процессе выполнения хирургического вмешательства, операцию следует выполнять в стационарных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

операция – сложное, атипичное удаление зуба;

наложение направляющих швов (швы снимают через 7–10 суток);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

при ретенции, полуретенции и (или) дистопии (расположении зуба в горизонтальном положении (в щечную сторону – букковерсия; в язычную сторону – лингвоверсия), инверсии, а также при любом расположении зуба и наличии у пациента декомпенсированной соматической патологии операцию следует выполнять в стационарных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

операция – сложное, атипичное удаление зуба;

наложение направляющих швов (швы снимают через 7–10 суток);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

20.4. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5 однократно в раннем послеоперационном периоде.

21. Дополнительным лечебным мероприятием в стационарных условиях является физиотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 19 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

22. Возможные исходы заболеваний:

купирование воспалительного процесса, выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (лимфаденит, абсцесс, флегмона, медиастинит, тромбофлебит челюстно-лицевой области, внутричерепной синус-тромбоз, сепсис).

23. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с
нарушением прорезывания зубов, перикоронитом**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не более 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

**Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем

			орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных). Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	Раствор можно использовать в неразведенной или разведенной в воде форме как раствор 10 % (1:10) или раствор 1 % (1:100), в зависимости от области тела, где необходима дезинфекция. 10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек; 1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов
4	Йод	Раствор спиртовой 5 % для наружного применения	Применяется наружно. Раствором йода смачивают ватный тампон, который используют для обработки операционного поля
5	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы			

2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
М01А Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600– 800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков.

			Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки
--	--	--	--

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K04.5 Хронический апикальный периодонтит; K04.7 Периапикальный абсцесс без полости; K04.8 Корневая киста).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

корневая киста – опухолеподобное образование, связанное с корнем зуба, которое проявляется рентгенологически в виде очага деструкции костной ткани более 8,0 мм и имеет эпителиальную оболочку;

хронический апикальный периодонтит – воспалительный процесс в тканях периодонта инфекционной, токсической, аллергической или травматической этиологии, сопровождающийся гибелью пульпы и деструкцией костной ткани с распространением на зубную альвеолу.

4. Для лечения хронического апикального периодонтита, корневой кисты применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. При хроническом апикальном периодонтите, корневых кистах и отсутствии сопутствующих заболеваний или при наличии компенсированной соматической патологии

зубосохраняющие операции и (или) цистэктомия осуществляются в амбулаторных условиях.

При хроническом апикальном периодонтите, корневых кистах, а также при объемных корневых кистах с угрозой патологического перелома челюсти и необходимости использовать дополнительные средства (назубные шины, пластины для остеосинтеза, другие) и наличии у пациента декомпенсированной соматической патологии хирургические вмешательства (зубосохраняющие операции и (или) цистэктомия, при необходимости – остеосинтез) осуществляются в стационарных условиях.

При развитии осложнений пациенты подлежат госпитализации в гнойное отделение челюстно-лицевой хирургии больничной организации.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАК, КРИТЕРИЙ И КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА, КОРНЕВОЙ КИСТЫ

8. Признак и критерий, определяющий хронический апикальный периодонтит, корневую кисту: очаг деструкции костной ткани в области апекса корня зуба.

9. Классификация апикальных периодонтитов:

по течению:

острые;

хронические;

обострение хронического периодонтита;

по изменениям в области верхушки корня зуба:

фиброзный;

гранулематозный;

гранулирующий;

гиперцементоз.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА, КОРНЕВОЙ КИСТЫ

10. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

12.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины развития заболевания;

выявление жалоб (их характер и сроки появления), данных анамнеза заболевания, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений;

перкуссия зубов;

оценка степени подвижности зубов;

наличие пародонтального(ых) кармана(ов);

оценка окклюзионных контактов;

наличие пломб, ортопедических конструкций;

12.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования:

прицельная внутриротовая контактная рентгенография;
ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ).

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

электроодонтодиагностика;

трепанбиопсия;

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

консультация врача-специалиста (врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача-оториноларинголога, других).

14. Постановку диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

15. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

16.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины развития заболевания; выявление жалоб (их характер и сроки появления), данных анамнеза заболевания, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений;

перкуссия зубов;

оценка степени подвижности зубов;

наличие пародонтального(ых) кармана(ов);

оценка окклюзионных контактов;

наличие пломб, ортопедических конструкций;

16.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования:

прицельная внутриротовая контактная рентгенография;

ортопантомография челюстей или КЛКТ.

17. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

электроодонтодиагностика;

трепанбиопсия;

лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

консультация врача-специалиста (врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача-оториноларинголога, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА, КОРНЕВОЙ КИСТЫ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксициллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

18.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 1;

18.3. хирургические лечебные мероприятия:

по медицинским показаниям – проведение местной анестезии с применением ЛС согласно приложению 2;

раскрытие полости зуба, создание доступа к корневым каналам;

первичное эндодонтическое лечение или повторное эндодонтическое лечение (по медицинским показаниям);

по медицинским показаниям – выполнение зубосохраняющих операций (резекция верхушки корня зуба; гемисекция; коронарорадикулярная сепарация; ампутация корня зуба);

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2;

операция удаления зуба (простое, сложное, атипичное) при хроническом апикальном периодонтите показана при:

разрушении коронки (более 1/2) зуба;

если зуб не представляет эстетической или функциональной ценности;

искривлении и облитерации корневых каналов;

когда идет речь об удалении «причинного» зуба, когда купировать воспалительный процесс другим образом не представляется возможным;

наличии соматической патологии (с целью исключения влияния очага(ов) одонтогенной инфекции):

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2;

лечение корневой кисты размером до 2,0 см проводится в амбулаторных условиях под местной анестезией с использованием ЛС согласно приложению 2:

эндодонтическое лечение зубов, находящихся в кистозной полости с пломбированием корневых каналов (гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации с применением силера на основе фосфата кальция или цементом на основе фосфата кальция);

при необходимости – ретроградное пломбирование канала «причинного» зуба;

цистэктомия с удалением зуба и заполнением костных полостей остеопластическим материалом, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

цистэктомия с резекцией верхушек корней с заполнением костных дефектов остеопластическими материалами, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

цистотомия с введением в полость тампона с антисептическим ЛС согласно приложению 3;

направление на патогистологическое исследование оболочки кисты;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3;

18.4. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС при возникновении инфекционных осложнений согласно приложению 1;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4.

19. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

19.1. физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима и кратности):

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 3–5 процедур, ежедневно;

флюктуоризация – 1–3 процедуры, ежедневно;

ультразвуковая терапия – 2–4 процедуры, ежедневно;

лазеротерапия – 10 процедур, ежедневно;

трансканальный электрофорез – 1–6 процедур (в зависимости от размеров очага деструкции), ежедневно;

дарсонвализация – 2–5 процедур, ежедневно;

магнитотерапия – 3–5 процедур, ежедневно;

19.2. рефлексотерапевтическое лечение (не должно использоваться параллельно с физиотерапевтическим лечением, при последовательном применении временной интервал должен составлять не менее 2 недель):

электрорефлексотерапия – 10 процедур, ежедневно.

20. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

20.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

20.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 1;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуоксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

20.3. хирургические лечебные мероприятия:

по медицинским показаниям – проведение местной анестезии с применением ЛС согласно приложению 2;

раскрытие полости зуба, создание доступа к корневым каналам;

первичное эндодонтическое лечение или повторное эндодонтическое лечение (по медицинским показаниям);

по медицинским показаниям – выполнение зубосохраняющих операций (резекция верхушки корня зуба; гемисекция; коронарорадикулярная сепарация; ампутация корня зуба);

операция удаления зуба (простое, сложное, атипичное) при хроническом апикальном периодонтите показана при:

разрушении коронки (более 1/2) зуба;

если зуб не представляет эстетической или функциональной ценности;

искривлении и облитерации корневых каналов;

когда идет речь об удалении «причинного» зуба, когда купировать воспалительный процесс другим образом не представляется возможным;

наличии соматической патологии (с целью исключения влияния очага(ов) одонтогенной инфекции);

лечение корневой кисты в проекции более 4 зубов, размером более 2,0 см проводится в стационарных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2, потенцированное обезболивание, общая анестезия;

эндодонтическое лечение зубов, находящихся в области кистозной полости и прилежащих к ней, а также шинирование зубов врачом-стоматологом-терапевтом по медицинским показаниям (в амбулаторных условиях);

цистэктомия с резекцией верхушек корней зубов или их удалением с заполнением костных дефектов остеопластическими материалами по медицинским показаниям, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

при прорастании кисты в верхнечелюстную пазуху – операция цистэктомии с резекцией верхушек корней зубов или их удалением с ревизией верхнечелюстной пазухи;

цистотомия с введением в полость тампона с антисептическим ЛС согласно приложению 3;

направление на патогистологическое исследование оболочки кисты;

наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3;

20.4. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 1;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5 однократно в раннем послеоперационном периоде.

21. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются физиотерапевтическое и рефлексотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 20 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

22. Возможные исходы заболеваний:

выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (периостит, остеомиелит, лимфаденит, абсцесс, флегмона, медиастинит, тромбоз, тромбоз челюстно-лицевой области, внутричерепной синус-тромбоз, сепсис).

23. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с хроническим апикальным
периодонтитом, корневой кистой»

**Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении
пациентов (взрослое население) с хроническим апикальным периодонтитом,
корневой кистой**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций)	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС

		1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотики			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспорины. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с хроническим апикальным
периодонтитом, корневой кистой»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не более 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с хроническим апикальным
периодонтитом, корневой кистой»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
----------	---	--------------------------------	---

D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний	Раствор для наружного (местного) применения	Лечение и медицинская профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта. Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Нитрофурал	Раствор для наружного применения 0,2 мг/мл	Для орошения ран и наложения влажных повязок. Длительность применения устанавливают индивидуально
4	Каля перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с хроническим апикальным
периодонтитом, корневой кистой»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная

			суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с хроническим апикальным
периодонтитом, корневой кистой»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпulisом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с гипертрофией десны, фиброзным, гигантоклеточным эпulisом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K06.1 Гипертрофия десны; K06.2 Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой; K06.8 Другие уточненные изменения десны и беззубого альвеолярного края: K06.81 Гигантоклеточная периферическая гранулема (гигантоклеточный эпulis); K06.82 Фиброзный эпulis).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

гигантоклеточная периферическая гранулема – гигантоклеточный эпulis, опухолеподобное разрастание десны;

гиперплазия десны – разрастание десны, связанное с ношением протеза;

гипертрофия десны (фиброматоз десны; гиперплазия десны) – патологическое состояние, характеризующееся неконтролируемым разрастанием ткани десны;

фиброматоз десны – чрезмерное разрастание фиброзной ткани в области десны;

фиброзный эпulis – опухолеподобное образование в области десны;

эпулис (эпулид, наддесневик, периферическая гигантоклеточная гранулема) – опухолеподобное разрастание соединительной ткани на десне.

4. Для лечения гипертрофии десны, эпулеса применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинская помощь пациентам с гипертрофией десны, эпulisом (при размере образования до 2 см) и отсутствии сопутствующих заболеваний или при наличии компенсированной соматической патологии оказывается в амбулаторных условиях.

При гипертрофии десны, эпулесе (при размере образования более 2 см) и наличии у пациента декомпенсированной соматической патологии, а также при наличии

гигантоклеточной периферической гранулемы медицинская помощь оказывается в стационарных условиях.

При развитии осложнений медицинская помощь пациентам с гипертрофией десны, эпulisом оказывается в стационарных условиях (в отделении челюстно-лицевой хирургии больничной организации).

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТРОФИИ ДЕСНЫ, ЭПУЛИСА

8. Признаки и критерии, определяющие гипертрофию десны, эпulis:

- деформация мягких тканей альвеолярного отростка на верхней челюсти и альвеолярной части на нижней челюсти;
- нарушение конфигурации альвеолярного отростка на верхней челюсти и альвеолярной части на нижней челюсти.

9. Гипертрофия десны (фиброматоз десны; гиперплазия десны) представляет собой разрастание ткани десны, как правило, генерализованное, не связанное с воспалительным процессом, затрагивающее щечную или язычную поверхность одной или обеих челюстей. Десневой край, межзубные сосочки и свободная поверхность десны гипертрофированы, имеют однородный розовый цвет, плотную консистенцию, не кровоточат.

Фиброзный эпulis представляет собой безболезненное бугристое разрастание десны у шейки зуба ярко-красного или темно-красного цвета, неправильной формы на ножке с довольно широким основанием. Чаще локализуется с вестибулярной стороны альвеолярного отростка (альвеолярной части). Своим основанием может входить в межзубной промежуток и охватывать зуб, распространяясь на язычную поверхность. Эпulis представлен грануляционной тканью различной степени зрелости, покрытой эпителием.

10. Классификация гипертрофии десны:

по форме:

генерализованная;

ограниченная.

При генерализованном фиброматозе, (бывает нодулярным (диффузным), образуется несколько сливающихся очагов зернистых разрастаний десны, которые могут закрыть коронки зубов.

Генерализованной бывает, в том числе лекарственная гипертрофия десны, когда к гипертрофии десны приводит прием некоторых ЛС, что наблюдается у пациентов, принимающих фенитоин (противосудорожное, антиаритмическое ЛС) и циклоспорин (иммунодепрессант). Гипертрофию десен наблюдают также у пациентов, принимающих блокаторы кальциевых каналов (нифедипин, дилтиазем, верапамил, фелодипин, амлодипин). Гипертрофия десны развивается также при приеме вальпроата натрия и эстрогенных ЛС (пероральные контрацептивы и конъюгированные эстрогены), особенно в больших дозах.

Лекарственная гипертрофия десны начинается с межзубных сосочков. Она более выражена с вестибулярной поверхности верхних зубов фронтальной группы и проявляется в виде легко кровоточащих красных узелков. По мере разрастания десны происходит их фиброз, межзубные сосочки увеличиваются, приобретают плотноэластическую консистенцию, розовый цвет. Со временем они могут полностью закрыть коронки зубов, что затрудняет проведение индивидуальной гигиены полости рта, ограничивает жевание, вызывает у пациентов эстетический дискомфорт.

При ограниченном фиброматозе имеют место одиночные разрастания в области бугра верхней челюсти или язычной поверхности десны нижней челюсти. Эти разрастания имеют гладкую поверхность, плотную консистенцию и правильную округлую форму, локализуются на одной стороне или имеют двустороннюю локализацию.

При ограниченном (очаговом) фиброматозе гипертрофия десны протекает медленно. На десне появляются плотные образования, не выделяющиеся по цвету и безболезненные, в основном в зоне зубов фронтальной группы. Разрастания тканей могут перекрывать коронки зубов на 2/3, реже – полностью. Может препятствовать смене зубов (выпадению

временных – молочных и прорезыванию постоянных (коренных). Данное состояние грозит остеопорозом и разрушением межзубных перегородок;

по интенсивности продуктивного процесса:

I степень характеризуется избыточным ростом края десны, десневых сосочков, которые уплощены в виде валика на всем протяжении и увеличены на 1/3 высоты коронки зуба, форма их изменена (округлые, овальные, чаще неправильной формы); гипертрофия более выражена у основания сосочков;

II степень определяется прогрессированием гипертрофии десневого края и десневых сосочков. Десневой край приподнят в виде валика, покрывающего нижнюю часть коронки зубов. Форма сосочков изменена, разрастание достигает 1/2 высоты коронок зубов;

III степень отличается резко выраженной гиперплазией десневого края, десневых сосочков. Увеличенная в объеме десна покрывает более 2/3 высоты коронок зубов, нередко достигает режущего края или поверхности смыкания зубов. Разросшиеся сосочки часто покрыты множественными мелкими и крупными кровоточащими грануляциями.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ ДЕСНЫ, ЭПУЛИСА

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

сбор анамнеза, установка причины развития заболевания;

выявление жалоб (их характер и сроки появления), данных анамнеза заболевания, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

инцизионная биопсия (патогистологическое исследование).

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

цитологическое исследование;

консультация врача-специалиста (врача-эндокринолога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

14. Постановку диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

15. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;
обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;
консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

сбор анамнеза, установка причины развития заболевания; выявление жалоб (их характер и сроки появления), данных анамнеза заболевания, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или КЛКТ;

инцизионная биопсия (патогистологическое исследование).

17. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

цитологическое исследование;

консультация врача-специалиста (врача-эндокринолога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ ДЕСНЫ, ЭПУЛИСА. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

18.2. хирургические лечебные мероприятия:

хирургическое лечение гипертрофии десны:

при размерах образования менее 2 см операцию выполняют под местным обезболиванием с использованием ЛС согласно приложению 1. Осуществляют удаление образования в пределах здоровых тканей (эксцизионная биопсия) с последующим патогистологическим исследованием, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

хирургическое лечение фиброзного эпюлиса:

при размерах образования до 2,0 см операцию выполняют под местным обезболиванием с использованием ЛС согласно приложению 1. Удаление образования (эксцизионная биопсия) и, по медицинским показаниям, прилежащего зуба с патогистологическим исследованием иссеченных тканей, при необходимости – наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

18.3. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома в послеоперационном периоде – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4.

19. Дополнительным лечебным мероприятием в амбулаторных условиях является физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима воздействия и кратности):

ультрафиолетовое облучение – 5–6 процедур, через день;

лазеротерапия, магнитолазерная терапия – 5–6 процедур, ежедневно;

магнитотерапия – 5–6 процедур, ежедневно.

20. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

20.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

20.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 3;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

20.3. хирургические лечебные мероприятия:

хирургическое лечение гипертрофии десны:

при размерах образования более 2 см операцию выполняют под местной анестезией (с использованием ЛС согласно приложению 1), и (или) под местным потенцированным обезболиванием, и (или) под общим обезболиванием, в стационарных условиях. Удаление образования (эксцизионная биопсия) и, по медицинским показаниям, – прилежащих зубов с патогистологическим исследованием операционного материала, гемостаз – электродиатермокоагуляция, пластическое устранение дефекта местными тканями, при необходимости – наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

хирургическое лечение фиброзного эпюлиса:

при размерах образования более 2 см операцию выполняют под местной анестезией (с использованием ЛС согласно приложению 1), и (или) под местным потенцированным обезболиванием, и (или) под общим обезболиванием. Удаление образования (эксцизионная биопсия) и, по медицинским показаниям, удаление прилежащего зуба с патогистологическим исследованием иссеченных тканей. Пластическое устранение дефекта местными тканями, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

хирургическое лечение гигантоклеточной периферической гранулемы:

вид обезболивания: общее обезболивание;

блоковидная резекция челюсти с удалением прилежащих зубов и патогистологическим исследованием иссеченных тканей (в два этапа: первый – с получением первичного заключения «по cito!» – для верификации объема операции; второй – окончательное заключение биопсии). Гемостаз электродиатермокоагуляцией. По медицинским показаниям – устранение дефекта трансплантатами и (или) остеопластическими материалами, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

20.4. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС (по медицинским показаниям) согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома в послеоперационном периоде – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5 однократно в раннем послеоперационном периоде.

21. Дополнительным лечебным мероприятием в стационарных условиях является физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима воздействия и кратности):

ультрафиолетовое облучение – 5–6 процедур, через день;

лазеротерапия, магнитолазерная терапия – 5–6 процедур, ежедневно;

магнитотерапия – 5–6 процедур, ежедневно.

22. Возможные исходы заболеваний:

выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (малигнизация, лимфаденит, абсцесс, флегмона, медиастинит, тромбоз флебит челюстно-лицевой области, внутричерепной синус-тромбоз, сепсис).

23. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с гипертрофией десны, эпulisом осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение

пациентов (взрослое население)

с гипертрофией десны, эпulisом»

Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпulisом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста

		и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не более 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с гипертрофией десны, эпюлисом»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний	Раствор для наружного (местного) применения	Лечение и медицинская профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта. Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Нитрофурал	Раствор для наружного применения 0,2 мг/мл	Для орошения ран и наложения влажных повязок. Длительность применения устанавливают индивидуально
4	Каля перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение

пациентов (взрослое население)
с гипертрофией десны, эпюлисом»

**Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении
пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамыные антибиотики, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамыные антибиотики			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			

4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с гипертрофией десны, эпюлисом»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг;	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может

		капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней
--	--	--	--

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с гипертрофией десны, эпюлисом»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K10.8 Другие уточненные болезни челюстей: K10.80 Херувизм; K10.81

Односторонняя гиперплазия мышечного отростка нижней челюсти; K10.82 Односторонняя гипоплазия мышечного отростка нижней челюсти; K10.83 Фиброзная дисплазия челюсти).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

гиперплазия мышечного отростка – состояние, обуславливающее чрезмерный рост головки и шейки мышечного отростка нижней челюсти, приводящее к значительным функциональным и эстетическим нарушениям челюстно-лицевой области;

фиброзная дисплазия челюсти (болезнь Брайцева-Лихтенштейна) – опухолеподобное поражение кости, заключающееся в очаговом нарушении костеобразования, при котором здоровая челюстная кость замещается тканью, состоящей из фибробластов и коллагена. Фиброзная ткань ослабляет челюсть, делая ее хрупкой и склонной к патологическим переломам;

херувизм, семейно-наследственная фиброзная остеодисплазия – редкое генетическое заболевание, вызывающее дефект нижней части лица в виде симметричного утолщения нижней челюсти или обеих челюстей и множественных пороков развития зубов.

4. Для лечения херувизма, дисплазии мышечного отростка, фиброзной дисплазии челюсти применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Пациентам с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюстей оказывается плановая медицинская помощь в стационарных условиях (в отделении челюстно-лицевой хирургии больничной организации).

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ, КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ХЕРУВИЗМА, ДИСПЛАЗИИ МЫШЕЧНОГО ОТРОСТКА, ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕЛЮСТИ

8. Признаки и критерии херувизма, дисплазии мышечного отростка, фиброзной дисплазии челюсти:

деформация тканей;

нарушение конфигурации челюстно-лицевой области.

Данные заболевания характеризуются разнообразной локализацией, протяженностью и глубиной поражения – от незначительных поверхностных деформаций до объемных дефектов костей лицевого черепа.

Херувизм (семейная фиброзная дисплазия и ювенильная фиброзная дисплазия) представляет одну из разновидностей диспластического поражения нижней челюсти, отличающуюся симметричным «вздутием» ее углов. В результате этого лицо приобретает одутловато-округлую форму, подобную лицу херувима. Заболевание характеризуют круглые опухшие щеки, широкая нижняя челюсть, подвижные или отсутствующие зубы,

глаза, которые слегка поворачиваются вверх. В этиологии придают значение мутации гена SH3BP2, локализованного на хромосоме 4p16.3.

Рентгенологическую картину характеризует диффузное увеличение пораженного участка кости с деструкцией костной ткани в виде чередования мелких участков уплотнения и разрежения. Наблюдается так называемая картина «матового стекла». На ранних стадиях фиброзной дисплазии участки разрежения более крупные, границы нечеткие, патологическая ткань постепенно переходит в нормальную костную. Кортикальная пластинка челюсти истончена, но, как правило, не прерывается. Рассасывание корней зубов, расположенных в очаге поражения, не отмечается. Рентгенография при полиоссальной форме выявляет характерные изменения в нескольких костях.

Дисплазия мышелкового отростка характеризуется медленно прогрессирующим односторонним ростом головки и шейки мышелкового отростка нижней челюсти. Это приводит к неправильному прикусу, нарушению конфигурации лица и переключению на середину подбородка на незатронутую сторону. Характеристики гиперплазии мышелков также могут включать: задний открытый прикус или наклон окклюзионной плоскости, в зависимости от времени, когда развивается гиперплазия, и асимметрию нижней половины лица. Характерными симптомами гиперплазии нижних полушарий являются асимметричные кости лица (увеличенные нижние кости лица с одной стороны).

Фиброзная дисплазия челюсти чаще выявляется у детей, но иногда, протекая незаметно, медленно прогрессирует в течение многих лет и обнаруживается уже у пациентов старше 18 лет. Только у единичных пациентов имеют место болевые ощущения. Фиброзная дисплазия встречается чаще у женщин, чем у мужчин. Костные разрастания в мозговом и лицевом черепе бывают чаще односторонними и поэтому вызывают выраженное нарушение конфигурации челюстно-лицевой области. Сформировавшийся очаг на челюсти выглядит как костное «вздутие» или неравномерная бугристость кости. Отмечается более частое поражение верхней челюсти, при этом, возникает деформация за счет болезненного, медленно увеличивающегося, иногда бугристого взбухания костной ткани в вестибулярную и небную стороны. Альвеолярный отросток постепенно увеличивается, зубы становятся подвижными вследствие сдавления патологической тканью. Кожные покровы и слизистая оболочка над очагом поражения не изменены, реакции регионарных лимфатических узлов нет. Так как процесс прогрессирует медленно (годами, десятилетиями), безболезненно, а иногда как бы приостанавливается (стабилизируется), заболевание нередко долгое время остается незамеченным.

Макроскопически фиброзная дисплазия чаще всего серого цвета, расположена под кортикальной пластинкой, с хрустом режется скальпелем, слегка кровоточит. Иногда ткань выглядит ослизненной.

Микроскопически для фиброзной дисплазии характерно разрастание патологической клеточно-волокнутой остеогенной ткани с наличием незрелых костных балочек от единичных до густого их переплетения. При пролиферирующей форме фиброзной дисплазии возле примитивных костных структур наблюдаются скопления вытянутых отростчатых клеток с крупными гиперхромными ядрами и многочисленными фигурами деления, что может эмулировать строение саркомы. Нередко полиоссальное поражение лицевого и мозгового черепа дает картину «костной львинности лица».

9. Фиброзная дисплазия челюсти классифицируется на монооссальную (однокостную) и полиоссальную (многокостную), встречающуюся значительно реже.

В соответствии с Международной патогистологической классификацией (2013), фиброзную дисплазию следует относить к фиброзно-костным новообразованиям (поражениям).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ХЕРУВИЗМА, ДИСПЛАЗИИ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА, ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕЛЮСТИ

10. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания;

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

инцизионная биопсия (патогистологическое исследование);

фотограммы лица.

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

спиральная компьютерная томография;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) челюстно-лицевой области и шеи;

УЗИ органов брюшной полости;

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

консультация врача-специалиста (врача-онколога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

14. Постановку диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

15. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

16.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания;

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

осмотр, пальпация регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

16.2. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или КЛКТ;

инцизионная биопсия (патогистологическое исследование);

фотограммы лица.

17. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

спиральная компьютерная томография;

УЗИ челюстно-лицевой области и шеи;

УЗИ органов брюшной полости;

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

консультация врача-специалиста (врача-онколога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ХЕРУВИЗМА, ДИСПЛАЗИИ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА, ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕЛЮСТИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. хирургические лечебные мероприятия:

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

осуществление динамического наблюдения;

18.2. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 2;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3.

19. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

19.1. медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

19.2. хирургические лечебные мероприятия:

лечение херувизма:

вид обезболивания: местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 4; местная потенцированная анестезия; общее обезболивание;

резекция пораженного участка челюсти в пределах здоровых тканей с патогистологическим исследованием иссеченных тканей (в два этапа: первый – с получением первичного заключения «по cito!» – для верификации объема операции; второй – окончательное заключение биопсии);

по медицинским показаниям – с костной пластикой аутокостным трансплантатом, ортотопическими аллотрансплантатами, с использованием титановых пластин, имплантатов;

по ходу операции гемостаз электродиатермокоагуляцией, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

лечение дисплазии мышечного отростка:

вид обезболивания – общее обезболивание;

кондилэктомия или моделирование формы суставной головки при гиперплазии с патогистологическим исследованием иссеченных тканей (в два этапа: первый – с получением первичного заключения «по cito!» – для верификации объема операции; второй – окончательное заключение биопсии);

артропластика аутокостным и костно-хрящевым трансплантатом, ортотопическими аллотрансплантатами, с использованием титановых пластин, имплантатов;

по ходу операции гемостаз электродиатермокоагуляцией, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

лечение фиброзной дисплазии челюсти:

вид обезболивания – общее обезболивание;

резекция пораженного участка челюсти в пределах здоровых тканей с патогистологическим исследованием иссеченных тканей (в два этапа: первый – с получением первичного заключения «по cito!» – для верификации объема операции; второй – окончательное заключение биопсии);

по медицинским показаниям – с костной пластикой аутокостным трансплантатом, ортотопическими аллотрансплантатами, с использованием титановых пластин, имплантатов;

по ходу операции гемостаз электродиатермокоагуляцией, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

19.3. консервативное лечение:

комплексная противовоспалительная терапия:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 2;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3;

с целью уменьшения послеоперационного отека – стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5.

20. Возможные исходы заболеваний:

выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (малигнизация, абсцесс, флегмона, медиастинит, тромбофлебит челюстно-лицевой области, внутричерепной синус-тромбоз, сепсис).

21. При отсутствии функциональных, эстетических показаний, болевого синдрома медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает контроль при помощи лучевых методов исследования. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с херувизмом, дисплазией

мышечкового отростка,
фиброзной дисплазией челюсти»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечкового отростка, фиброзной дисплазией челюсти

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний	Раствор для наружного (местного) применения	Лечение и медицинская профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта. Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Нитрофурал	Раствор для наружного применения 0,2 мг/мл	Для орошения ран и наложения влажных повязок. Длительность применения устанавливают индивидуально
4	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с херувизмом, дисплазией
мышечкового отростка,
фиброзной дисплазией челюсти»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечкового отростка, фиброзной дисплазией челюсти

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы: антибиотики, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется.

		раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотик			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспорином. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения

		в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
--	--	---

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с херувизмом, дисплазией
мышцелкового отростка,
фиброзной дисплазией челюсти»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышцелкового отростка, фиброзной дисплазией челюсти

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
М01А Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 4

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с херувизмом, дисплазией
мышцелкового отростка,
фиброзной дисплазией челюсти»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не более 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с херувизмом, дисплазией
мышечного отростка,
фиброзной дисплазией челюсти»

**Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной
дисплазией челюсти**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения

			послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки
--	--	--	---

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица; L02.1 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи; L03.2 Флегмона лица).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

абсцесс – острое ограниченное инфекционно-воспалительное заболевание мягких тканей с образованием ограниченной полости;

карбункул – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов;

флегмона – острое разлитое инфекционно-воспалительное заболевание мягких тканей с заинтересованностью одного, двух и более фасциально-клетчаточных пространств;

фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей соединительной ткани; включает стадию инфильтрации, стадию формирования некротического стержня, стадию заживления или развития осложнения.

4. Для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

7. Признаки и критерии, определяющие инфекционно-воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области:

отек, гиперемия, боль, инфильтрат в области мягких тканей, локальный лимфаденит, лихорадка, лейкоцитоз;

при фурункуле и карбункуле – некротический стержень с очагом флуктуации;

при абсцессе – резко болезненный отграниченный инфильтрат в околочелюстных мягких тканях в пределах одного анатомического пространства;

слабо или умеренно выраженные признаки интоксикации (высокая температура тела (до 38–39 °С); озноб; бледность кожных покровов; потливость; изменения периферической крови, характерные для воспалительного процесса – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ), достигающая 40 мм/час);

боль при надавливании и перкуссии «причинного» зуба, явившегося входными воротами для инфекции;

воспалительная контрактура жевательных мышц;

при флегмоне – резко болезненный при пальпации инфильтрат без четких границ; распространяющийся на две – три и более анатомические области;

резко выраженные признаки интоксикации (высокая температура тела (до 39–40 °С); озноб; бледность кожных покровов; потливость; значительное изменение периферической крови, характерное для воспалительного процесса – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ, достигающая 60 мм/час; изменения в анализе мочи, свойственные токсическому нефриту);

боль при надавливании и перкуссии «причинного» зуба, явившегося входными воротами для инфекции;

воспалительная контрактура жевательных мышц.

Характерны следующие изменения в гемостазе:

укорочение времени свертывания венозной крови (от 4 минут 55 секунд до 11 минут 55 секунд при определении по методу Ли-Уайта);

повышение уровня содержания фибриногена в крови (от 5–7 до 10–12 мг/мл при определении по методу Мачабели);

появление фракции фибриногена В – «индикатора» тромбина крови при определении по методу Лайониса (в норме в крови он отсутствует);

повышение уровня активности XIII фактора с 43–73 до 80–90 секунд при определении по методу Балуда;

угнетение фибринолиза;

протромбиновый индекс может изменяться в различных пределах или его значения находятся в пределах нормы.

8. Классификация инфекционно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области:

по этиологическому фактору:

одонтогенные;

неодонтогенные;

по локализации: с распространением на одну, две, три анатомо-топографические области (с указанием заинтересованных областей и клетчаточных пространств);

по распространению:

ограниченные;

разлитые;

по наличию осложнений:

с осложнениями;

без осложнений.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

9. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

10. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

11. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

11.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, внешний осмотр с оценкой формы и конфигурации лица (выявляют наличие отека и воспалительного инфильтрата, степень открывания рта);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

11.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ);

11.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

12. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или КЛКТ;

УЗИ;

лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС;

консультация врача-специалиста (врача-торакального хирурга, врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

13. Постановку диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

14. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

15. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

15.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, внешний осмотр с оценкой формы и конфигурации лица (выявляют наличие отека и воспалительного инфильтрата, степень открывания рта);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

15.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

УЗИ;

15.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи.

16. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

УЗИ;

лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС;

консультация врача-специалиста (врача-торакального хирурга, врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

17. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

17.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за час до проведения хирургического вмешательства;

17.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 1;

17.3. хирургические лечебные мероприятия:

удаление «причинного» зуба;

выбор метода обезболивания: местная инъекционная проводниковая анестезия с использованием ЛС согласно приложению 2.

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3;

замена дренажа с применением ЛС согласно приложению 4;

17.4. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 1 при подозрении на бактериальную этиологию (гиперемия, флюктуация, размягчение);

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 6;

ингибиторы агрегации тромбоцитов согласно приложению 7 для медицинской профилактики тромбообразования.

18. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима и кратности):

ультрафиолетовое облучение – 4–6 процедур, через день;

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 5–7 процедур, ежедневно;

флюктуоризация – 6–10 процедур, ежедневно;

лазеротерапия – 6–8 процедур, ежедневно;

микроволновая терапия – 6–10 процедур, ежедневно;

диадинамотерапия – 6–8 процедур, ежедневно;

18.2. рефлексотерапевтическое лечение (не должно использоваться параллельно с физиотерапевтическим лечением, при последовательном применении временной интервал должен составлять не менее 2 недель):

электрорефлексотерапия – 10 процедур, ежедневно.

19. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

19.1. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 1;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

19.2. хирургические лечебные мероприятия:

хирургическое лечение фурункула:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2; первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага, проведение разреза кожи на ширину воспалительного инфильтрата, некрэктомия, обработка раны раствором антисептического ЛС согласно приложению 3, дренирование – марлевый дренаж с гипертоническим раствором с применением ЛС согласно приложению 4, асептическая повязка;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3;

замена дренажа с применением ЛС согласно приложению 4;

хирургическое лечение карбункула:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2, или потенцированное местное обезболивание, или общее обезболивание;

первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага, некрэктомия, дренирование – марлевый дренаж с гипертоническим раствором с применением ЛС согласно приложению 4, асептическая повязка;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3;

замена дренажа с применением ЛС согласно приложению 4;

хирургическое лечение флегмон поверхностных пространств челюстно-лицевой области (щечной, скуловой, подглазничной, околоушно-жевательной, поднижнечелюстной, подбородочной областей):

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2, или местная потенцированная анестезия, или общее обезболивание;

удаление причинного зуба, первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага внеротовым доступом, дренирование (трубчатый дренаж, марлевый дренаж с гипертоническим раствором с применением ЛС согласно приложению 4, асептическая повязка;

хирургическое лечение флегмон глубоких пространств челюстно-лицевой области (крыловидно-нижнечелюстного пространства и окологлоточного пространств, дна полости рта и шеи только одонтогенной этиологии, височной области):

вид обезболивания – общее обезболивание;

удаление причинного зуба, первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага внеротовым и внутриротовым доступом, наложение контрапертур, дренирование (трубчатый дренаж, марлевый дренаж с гипертоническим раствором с применением ЛС согласно приложению 4), асептическая повязка;

по медицинским показаниям – наложение трахеостомы, первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага и дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи врачом – челюстно-лицевым хирургом или врачом-стоматологом-хирургом, средостения – врачом – торакальным хирургом. При медиастините лечение превалирующей торакальной патологии в отделении торакальной хирургии;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3 и заменой дренажей с использованием ЛС согласно приложению 4;

19.3. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС при подозрении на бактериальную этиологию (гиперемия, флюктуация, размягчение), согласно приложению 1;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5;

однократно в послеоперационном периоде при распространенном процессе с целью уменьшить отечность и иммунную реакцию на инвазию – стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 8;

для медицинской профилактики тромбообразования – антикоагулянты согласно приложению 9 (если уровень АЧТВ не укладывается в целевой диапазон, проводится коррекция скорости титрования гепарина в соответствии с номограммой, приведенной в приложении 10);

антиацидемические и детоксикационные ЛС согласно приложению 11.

20. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются физиотерапевтическое и рефлексотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 18 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

21. Возможные исходы заболеваний:

купирование инфекционно-воспалительного процесса и выздоровление;

развитие осложнений (лимфаденит, медиастинит, тромбофлебит челюстно-лицевой области, внутричерепной синус-тромбоз, сепсис).

22. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы антибиотиков, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотиков			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно

		и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой
области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл;	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста

		раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не должна превышать 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	ЛС предназначен для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных). Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	Раствор можно использовать в неразведенной или разведенной в воде форме как раствор 10 % (1:10) или раствор 1 % (1:100), в зависимости от области тела, где необходима дезинфекция. 10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек; 1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов
4	Йод	Раствор спиртовой 5 % для наружного применения	Применяется наружно. Раствором йода смачивают ватный тампон, который используют для обработки операционного поля

5	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально
---	-------------------	--	--

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Гипертонические растворы и водорастворимые мази, применяемые при местном лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
B05X Добавки к растворам для внутривенного введения			
1	Натрия хлорид	Раствор для наружного применения 100 мг/мл	Местно (на турундах) дренировать гнойную рану. Асептическая повязка над раной должна быть влажной (содержать тот же гипертонический раствор)
2	Магния сульфат	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 250 мг/мл 5 мл	Местно (на турундах) дренировать гнойную рану. Асептическая повязка над раной должна быть влажной (содержать тот же гипертонический раствор)
3	Хлорамфеникол/метилурацил	Мазь для наружного применения (7,5 мг + 40 мг)/1 г	Гнойные раны (в том числе, инфицированные смешанной микрофлорой) в первой (гнойно-некротической) фазе раневого процесса. Местно. ЛС пропитывают стерильные турунды, которыми рыхло заполняют рану. перевязки производят ежедневно, один раз в день, до полного очищения раны от гнойно-некротических масс. При больших раневых поверхностях суточная доза мази в пересчете на хлорамфеникол не должна превышать 3 г

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
-------	---	--------------------------------	--------------------------------------

M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антигистаминные ЛС для системного применения, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Хлоропирамин	Таблетки 25 мг; раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл в ампулах 1 мл	Таблетки принимают во время еды по 25 мг 3–4 раза/сутки. Максимальная доза не должна превышать 150 мг/сутки (или 6 таблеток). При внутримышечном введении разовая доза составляет 20 мг (1 мл), суточная – 40 мг (2 мл). Средняя длительность назначения – 5–8 дней
2	Цетиризин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	Назначают по 1 таблетке 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней
3	Лоратадин	Таблетки 10 мг	Внутрь 10 мг 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней

Приложение 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

**Ингибиторы агрегации тромбоцитов, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких
тканей челюстно-лицевой области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
B01AC Ингибиторы агрегации тромбоцитов, исключая гепарин			
1	Ацетилсалициловая кислота	Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые, покрытые оболочкой), 75 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг	Принимают внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки

Приложение 8
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

**Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких
тканей челюстно-лицевой области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки

Приложение 9
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антикоагулянты группы гепарина, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования*
B01AB Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных			
1	Гепарин	Раствор для внутривенного и подкожного введения (для инъекций) 5000 МЕ/мл 5 мл	Назначают в виде непрерывной внутривенной инфузии в растворе натрия хлорида 9 мг/мл или растворе глюкозы 5 мг/мл в виде регулярных внутривенных инъекций, а также подкожно (в область живота). Лечебные дозы: начальная доза гепарина составляет 5000 МЕ внутривенно, затем применяются поддерживающие дозы по 18 МЕ/кг/ч (не более 1250 МЕ/ч) в виде внутривенной инфузии с постоянной скоростью. Необходимо ежедневно (начиная через 4–6 часов после первого введения гепарина) проводить мониторинг лабораторных показателей. Дозы гепарина при внутривенном введении подбирают индивидуально под контролем АЧТВ
2	Далтепарин натрия	Раствор для инъекций 2500 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл	Периоперационная профилактика: у пациентов с умеренным риском тромбоза 2500 МЕ за 1–2 часа до операции, у пациентов с дополнительным риском тромбоза вводится вечером накануне операции 5000 МЕ подкожно, либо 2500 МЕ за 1–2 часа до операции и 25000 МЕ через 12 часов. Профилактически: при низком риске тромбоза с профилактической целью 2500 МЕ подкожно, 1 раз в сутки. При дополнительных рисках тромбоза с профилактической целью либо 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки, либо по 2500 МЕ подкожно 2 раза в сутки (при риске кровотечения). Лечебные дозы: 100 МЕ/кг через 12 часов подкожно или 200 МЕ/кг подкожно один раз в сутки
3	Эноксапарин натрия	Раствор для инъекций 2000 анти-Ха МЕ/0,2 мл; 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл	Периоперационная профилактика: при умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно за 2 часа до операции, при высоком риске тромбоза – 4000 МЕ (0,4 мл) за 12 часов до операции, и возобновить через 12 часов после операции. Профилактически: при умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью 4000 МЕ (0,4 мл) подкожно 1 раз в сутки. Лечебные дозы: 100 МЕ/кг через 12 часов подкожно
4	Надропарин кальция	Раствор для подкожного введения 2850 МЕ анти-Ха 0,3 мл; 3800 МЕ анти-Ха 0,4 мл; 5700 МЕ анти-Ха 0,6 мл	При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (0,3 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью: за 12 часов до операции 2850 МЕ (при массе тела 51–70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг), затем столько же через 12 часов после

			операции и далее столько же до 3 дней после операции, затем подкожно при массе тела 51–70 кг – 3800 МЕ 1 раз в сутки и 5700 МЕ при массе тела свыше 70 кг. Лечебные дозы: 86 МЕ/кг в/в болюс, затем 86 МЕ/кг через 12 часов подкожно
--	--	--	---

* Коррекция дозы антикоагулянтов проводится пациентам с почечной недостаточностью.

Приложение 10
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Номограмма дозирования гепарина по уровню АЧТВ

№ п/п	Показатель, действия				
	АЧТВ (сек)	Повторить болюс (МЕ)	Прекратить инфузию (мин)	Коррекция дозы (МЕ/кг/час)	Время следующего измерения АЧТВ
1	<50	5000	0	+3 МЕ/кг/час	6 ч
2	50–59	0	0	+3 МЕ/кг/час	6 ч
3	60–85	0	0	Без изменений	Следующее утро
4	86–95	0	0	–2 МЕ/кг/час	Следующее утро
5	96–120	0	30	–2 МЕ/кг/час	6 ч
6	>120	0	60	–4 МЕ/кг/час	6 ч

Приложение 11
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антиацидемические и детоксикационные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	B05CB04 Антиацидемическое средство		
1.1	Натрия гидрокарбонат*	Раствор для инфузий 84 мг/мл во флаконах 200 мл	Внутривенно капельно в чистом виде или разведенным в других инфузионных растворах. При остро развивающемся ацидозе 50–100 мл раствора 8,4 %. Средняя доза от 2 до 5 мЭкв/кг (2–5 мл/кг), вводят в течение 4–8 часов. Необходимо контролировать кислотно-основное состояние крови
2	B05BB Растворы, влияющие на электролитный баланс		
2.1	Электролиты (натрия ацетат/натрия хлорид/калия хлорид)	Раствор для инфузий 50 мл – 500 мл	Вводят при тяжелых осложнениях внутривенно струйно (1–3 часа), при состоянии средней тяжести – внутривенно капельно, со скоростью 40–120 кап/мин (24–48 часов). Объем

			вводимого раствора подбирают индивидуально
2.2	Меглюмина натрия сукцинат	Раствор для инфузий 1,5 % 400 мл	Внутривенно, капельно, 90 капель/мин. Максимальная суточная доза 800 мл

* Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, с оформлением записи в медицинских документах.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L04.0 Острый лимфаденит лица, головы и шеи).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

острый лимфаденит челюстно-лицевой области и шеи – серозное или гнойное воспаление регионарного лимфатического узла, при котором входными воротами для инфекции при одонтогенной этиологии могут служить дефекты твердых тканей зубов, эпителиального покрова десны, зубодесневого прикрепления (при гингивите, маргинальном периодонтите, затрудненном прорезывании зубов), при неодонтогенной этиологии – повреждения кожных покровов челюстно-лицевой области и шеи, слизистой оболочки зева, гортани.

4. Для лечения острого лимфаденита челюстно-лицевой области и шеи применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинская помощь пациентам с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи осуществляется в амбулаторных условиях, при развитии осложнений они подлежат госпитализации в гнойное отделение челюстно-лицевой хирургии или хирургическое отделение, при развитии тяжелых осложнений – в отделение интенсивной терапии и реанимации больничной организации.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ, КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

8. Начало заболевания характеризуется появлением подвижного, болезненного, округлого образования в зоне локализации лимфатических узлов, являющихся регионарными по отношению к «причинному» зубу, или повреждению кожных покровов, или слизистой оболочки зева, гортани, послужившим входными воротами для инфекционного агента. Признаки острого воспаления в зоне локализации первичного инфекционного очага могут отсутствовать.

9. Классификация острого лимфаденита челюстно-лицевой области и шеи:

по локализации (с указанием анатомической области поражения);

по течению:

серозный;

гнойный;

по распространению:

серозный, гнойный лимфаденит;

абсцесс лимфатического узла;

аденофлегмона.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

10. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

12.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (одонтогенная или неодонтогенная);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

12.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) челюстно-лицевой области и шеи;

12.3. лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

УЗИ челюстно-лицевой области и шеи;

диагностическая пункция;

лабораторные диагностические исследования:

микробиологическое исследование;

цитологическое исследование;

консультация врача-специалиста (врача-оториноларинголога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

14. Постановку или подтверждение диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

15. Для постановки или подтверждения диагноза в стационарных условиях осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

16.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (одонтогенная или неодонтогенная);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

16.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или КЛКТ;

УЗИ челюстно-лицевой области и шеи;

16.3. лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;
общий анализ мочи;
бактериологическое исследование (при наличии экссудата):
определение чувствительности к антибактериальным ЛС;
определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

17. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

УЗИ челюстно-лицевой области и шеи;

диагностическая пункция;

лабораторные исследования:

микробиологическое исследование;

цитологическое исследование;

консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-оториноларинголога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. хирургические лечебные мероприятия:

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

18.2. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 2 при подозрении на бактериальную этиологию (гиперемия, флюктуация, размягчение);

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 4;

ингибиторы агрегации тромбоцитов согласно приложению 5 для медицинской профилактики тромбообразования.

19. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

19.1. физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима и кратности):

ультрафиолетовое облучение – 4–6 процедур, через день;

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 5–7 процедур, ежедневно;

флюктуоризация – 6–10 процедур, ежедневно;

лазеротерапия – 6–8 процедур, ежедневно;

микроволновая терапия – 6–10 процедур, ежедневно;

диадинамотерапия – 6–8 процедур, ежедневно;

19.2. рефлексотерапевтическое лечение (не должно использоваться параллельно с физиотерапевтическим лечением, при последовательном применении временной интервал должен составлять не менее 2 недель):

электрорефлексотерапия – 10 процедур, ежедневно.

20. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

20.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксациллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин

(капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

20.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика с применением ЛС* согласно приложению 2;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

20.3. хирургические лечебные мероприятия:

вид обезболивания (в зависимости от общего состояния пациента, распространения инфекционно-воспалительного процесса и травматичности планируемой операции – первичной хирургической обработки инфекционно-воспалительного очага): местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 6; местное потенцированное обезболивание; общее обезболивание;

первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага: при одонтогенной этиологии развития заболевания – удаление «причинного» зуба;

доступ к инфекционно-воспалительному очагу может быть как внутриротовым, так и внеротовым (цель – адекватное и эффективное обеспечение оттока экссудата и создание оптимальных условий для очищения раны);

разрез(ы) по длине должны быть равны протяженности воспалительного инфильтрата, при невозможности обеспечения этого (при близком расположении органов, сосудисто-нервных пучков, других), следует накладывать контрапертуры и использовать перфорированные трубчатые дренажи; некротомия; инстиллясия раны раствором антисептического ЛС согласно приложению 1;

дренирование (при заинтересованности глубоких клетчаточных пространств) – следует использовать активные или пассивные трубчатые перфорированные дренажи, фиксируемые лигатурой к коже; при заинтересованности поверхностных клетчаточных пространств могут быть использованы марлевые дренажи с гипертоническим раствором (с применением ЛС согласно приложению 1); влажная (при дренировании с использованием гипертонических растворов, водорастворимых мазей согласно приложению 7) асептическая повязка;

в послеоперационном периоде назначают: местное лечение (ежедневные перевязки с заменой турунды – дренажа с применением ЛС согласно приложению 7 и инстилляцией раны раствором антисептического ЛС согласно приложению 1);

20.4. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 2 при подозрении на бактериальную этиологию (гиперемия, флюктуация, размягчение);

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 4;

однократно в послеоперационном периоде, в случае распространенного процесса с целью уменьшить отечность и иммунную реакцию на инвазию – стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 8;

для медицинской профилактики венозных тромбоэмболических осложнений – антикоагулянты согласно приложению 9, ингибиторы агрегации тромбоцитов согласно приложению 5 для медицинской профилактики тромбообразования (если уровень АЧТВ не укладывается в целевой диапазон, проводится коррекция скорости титрования гепарина в соответствии с номограммой, приведенной в приложении 10);

антиацидемические и детоксикационные ЛС согласно приложению 11.

21. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются физиотерапевтическое и рефлексотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 19 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

22. Возможные исходы заболеваний:

купирование инфекционно-воспалительного процесса и выздоровление;

развитие осложнений (медиастинита, тромбофлебита вен лица, тромбоза синусов мозговой оболочки, сепсиса).

23. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных). Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	Раствор можно использовать в неразведенной или разведенной в воде форме как раствор 10 % (1:10) или раствор 1 % (1:100), в зависимости от области тела, где необходима дезинфекция. 10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек; 1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов
4	Йод	Раствор спиртовой 5 % для наружного применения	Применяется наружно. Раствором йода смачивают ватный тампон, который используют для обработки операционного поля
5	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

**Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении
пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области
и шеи**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы антибиотики, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотики			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуросим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			

4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг;	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может

		капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600– 800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3– 5 дней
--	--	--	---

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

**Антигистаминные ЛС для системного применения, применяемые при лечении
пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области
и шеи**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Хлоропирамин	Таблетки 25 мг; раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл в ампулах 1 мл	Таблетки принимают во время еды по 25 мг 3– 4 раза/сутки. Максимальная доза не должна превышать 150 мг/сутки (или 6 таблеток). При внутримышечном введении разовая доза составляет 20 мг (1 мл), суточная – 40 мг (2 мл). Средняя длительность назначения – 5–8 дней
2	Цетиризин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	Назначают по 1 таблетке 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней
3	Лоратадин	Таблетки 10 мг	Внутрь 10 мг 1 раз в сутки. Средняя длительность назначения – 5–8 дней

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

**Ингибиторы агрегации тромбоцитов, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
B01AC Ингибиторы агрегации тромбоцитов, исключая гепарин			
1	Ацетилсалициловая кислота	Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые, покрытые оболочкой), 75 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 75 мг	Принимают внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)

с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не должна превышать 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

Гипертонические растворы и водорастворимые мази, применяемые при местном лечении пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
B05X Добавки к растворам для внутривенного введения			
1	Натрия хлорид	Раствор для наружного применения 100 мг/мл	Местно (на турундах) дренировать гнойную рану. Асептическая повязка над раной должна быть влажной (содержать тот же гипертонический раствор)
2	Магния сульфат	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 250 мг/мл 5 мл	Местно (на турундах) дренировать гнойную рану. Асептическая повязка над раной должна быть влажной

			(содержать тот же гипертонический раствор)
3	Хлорамфеникол/метилурацил	Мазь для наружного применения (7,5 мг + 40 мг)/1 г	Гнойные раны (в том числе, инфицированные смешанной микрофлорой) в первой (гнойно-некротической) фазе раневого процесса. Местно. ЛС пропитывают стерильные турунды, которыми рыхло заполняют рану. перевязки производят ежедневно, один раз в день, до полного очищения раны от гнойно-некротических масс. При больших раневых поверхностях суточная доза мази в пересчете на хлорамфеникол не должна превышать 3 г

Приложение 8
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки

Приложение 9
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

**Антикоагулянты группы гепарина,
применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования*
B01AB Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных			
1	Гепарин	Раствор для внутривенного и подкожного введения	Назначают в виде непрерывной внутривенной инфузии в растворе натрия хлорида 9 мг/мл или

		(для инъекций) 5000 МЕ/мл 5 мл	растворе глюкозы 5 мг/мл в виде регулярных внутривенных инъекций, а также подкожно (в область живота). Лечебные дозы: начальная доза гепарина составляет 5000 МЕ внутривенно, затем применяются поддерживающие дозы по 18 МЕ/кг/ч (не более 1250 МЕ/ч) в виде внутривенной инфузии с постоянной скоростью. Необходимо ежедневно (начиная через 4–6 часов после первого введения гепарина) проводить мониторинг лабораторных показателей. Дозы гепарина при внутривенном введении подбирают индивидуально под контролем АЧТВ
2	Далтепарин натрия	Раствор для инъекций 2500 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл	Периоперационная профилактика: у пациентов с умеренным риском тромбоза 2500 МЕ за 1–2 часа до операции, у пациентов с дополнительным риском тромбоза вводится вечером накануне операции 5000 МЕ подкожно, либо 2500 МЕ за 1–2 часа до операции и 25000 МЕ через 12 часов. Профилактически: при низком риске тромбоза с профилактической целью 2500 МЕ подкожно, 1 раз в сутки. При дополнительных рисках тромбоза с профилактической целью либо 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки, либо по 2500 МЕ подкожно 2 раза в сутки (при риске кровотечения). Лечебные дозы: 100 МЕ/кг через 12 часов подкожно или 200 МЕ/кг подкожно один раз в сутки
3	Эноксапарин натрия	Раствор для инъекций 2000 анти-Ха МЕ/0,2 мл; 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл	Периоперационная профилактика: при умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно за 2 часа до операции, при высоком риске тромбоза – 4000 МЕ (0,4 мл) за 12 часов до операции, и возобновить через 12 часов после операции. Профилактически: при умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью 4000 МЕ (0,4 мл) подкожно 1 раз в сутки. Лечебные дозы: 100 МЕ/кг через 12 часов подкожно
4	Надропарин кальция	Раствор для подкожного введения 2850 МЕ анти-Ха 0,3 мл; 3800 МЕ анти-Ха 0,4 мл; 5700 МЕ анти-Ха 0,6 мл	При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (0,3 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью: за 12 часов до операции 2850 МЕ (при массе тела 51–70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг), затем столько же через 12 часов после операции и далее столько же до 3 дней после операции, затем подкожно при массе тела 51–70 кг – 3800 МЕ 1 раз в сутки и 5700 МЕ при массе тела свыше 70 кг. Лечебные дозы: 86 МЕ/кг в/в болюс, затем 86 МЕ/кг через 12 часов подкожно

* Коррекция дозы антикоагулянтов проводится пациентам с почечной недостаточностью.

Приложение 10
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)

с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

Номограмма дозирования гепарина по уровню АЧТВ

№ п/п	Показатель, действия				
	АЧТВ (сек)	Повторить болюс (МЕ)	Прекратить инфузию (мин)	Коррекция дозы (МЕ/кг/час)	Время следующего измерения АЧТВ
1	<50	5000	0	+3 МЕ/кг/час	6 ч
2	50–59	0	0	+3 МЕ/кг/час	6 ч
3	60–85	0	0	Без изменений	Следующее утро
4	86–95	0	0	–2 МЕ/кг/час	Следующее утро
5	96–120	0	30	–2 МЕ/кг/час	6 ч
6	>120	0	60	–4 МЕ/кг/час	6 ч

Приложение 11
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с острым лимфаденитом
челюстно-лицевой области и шеи»

Антиацидемические и детоксикационные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	B05CB04 Антиацидемическое средство		
1.1	Натрия гидрокарбонат*	Раствор для инфузий 84 мг/мл во флаконах 200 мл	Внутривенно капельно в чистом виде или разведенным в других инфузионных растворах. При остро развивающемся ацидозе 50–100 мл раствора 8,4 %. Средняя доза от 2 до 5 мЭкв/кг (2–5 мл/кг), вводят в течение 4–8 часов. Необходимо контролировать кислотно-основное состояние крови
2	B05BB Растворы, влияющие на электролитный баланс		
2.1	Электролиты (натрия ацетат/натрия хлорид/калия хлорид)	Раствор для инфузий 50 мл – 500 мл	Вводят при тяжелых осложнениях внутривенно струйно (1–3 часа), при состоянии средней тяжести – внутривенно капельно, со скоростью 40–120 кап/мин (24–48 часов). Объем вводимого раствора подбирают индивидуально
2.2	Меглюмина натрия сукцинат	Раствор для инфузий 1,5 % 400 мл	Внутривенно, капельно, 90 капель/мин. Максимальная суточная доза 800 мл

* Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, с оформлением записи в медицинских документах.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – М84.0 Плохое срастание перелома; М84.1 Несрастание перелома [псевдоартроз]; М84.2 Замедленное сращение перелома; М95.0 Приобретенная деформация носа; М95.2 Другие приобретенные деформации головы).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

другие приобретенные деформации головы – аномальные изменения формы головы приобретенного характера с последующим нарушением правильного очертания и возможным разрушением кости;

замедленное сращение перелома – увеличение сроков консолидации конкретного перелома по сравнению с ожидаемыми;

несрастание перелома (псевдоартроз) – ложный сустав или псевдоартроз;

плохое срастание перелома – замедленная регенерация челюстных костей;

приобретенная деформация носа – изменение анатомических структур и формы приобретенного характера, вследствие чего могут поражаться ткани носа (костная, хрящевая, мягкие).

4. Для лечения посттравматических осложнений и деформаций костей челюстно-лицевой области применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинская помощь пациентам с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области оказывается в стационарных условиях (в отделении челюстно-лицевой хирургии или хирургическом отделении, при развитии тяжелых осложнений – в отделении интенсивной терапии и реанимации больничной организации).

ГЛАВА 2 ПРИЗНАКИ, КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

8. Признаки и критерии, определяющие посттравматические осложнения и деформации костей челюстно-лицевой области:

боль;
расстройства чувствительности (отсутствие чувствительности, пониженная или повышенная чувствительность) в зоне поражения;
деформация тканей;
нарушение конфигурации челюстно-лицевой области.

Посттравматические осложнения и деформация костей челюстно-лицевой области характеризуются разнообразной локализацией, протяженностью и глубиной – от небольших поверхностных деформаций до значительных дефектов лицевого и мозгового черепа.

9. Плохое срастание перелома (замедленная регенерация челюстных костей, замедленное сращение перелома) может быть обусловлено этиологическими факторами (генетической предрасположенностью пациента и, следовательно, особенностями его метаболизма; реализации этого генетического фактора может способствовать неудовлетворительное закрепление отломков челюсти (неудовлетворительно выполненная иммобилизация на период полной консолидации), не устраненное или не полностью устраненное их смещение (репозиция), интерпозиция мягких тканей между отломками, развившийся воспалительный процесс).

Вследствие нарушения репаративного остеогенеза происходит замедленное сращение костных отломков, что в некоторых ситуациях приводит к их несращению и образованию ложного сустава (псевдоартроза), причиной чего могут быть общие (генетическая предрасположенность и особенности метаболизма) и местные факторы:

ошибки при лечении: недостаточная репозиция отломков; неустранение интерпозиций мягких тканей; ненадежная иммобилизация после репозиции; обширное скелетирование кости во время операции остеосинтеза, повлекшее нарушение кровоснабжения; применение неадекватных фиксаторов для остеосинтеза (нестабильная фиксация);

факторы, связанные с тяжестью травмы и ее осложнениями: множественные и открытые переломы, массивное повреждение мягких тканей (мышц, сосудов, нервов), развитие остеомиелита;

причины, которые зависят от анатомо-физиологических особенностей перелома (локализации, степени кровоснабжения, других).

Несрастание перелома (ложный сустав (псевдоартроз) может быть неблагоприятным исходом замедленной консолидации или травматического остеомиелита. При этом осложнении нарушена целостность кости и имеется подвижность ее фрагментов, что приводит к нарушению функции нижней челюсти.

Ложный сустав трактуется таковым при условии потери участка костной ткани не более 5 мм. Утрата участка костной ткани более 5 мм определяется как дефект нижней челюсти.

Сформировавшийся ложный сустав характеризуется утолщенными или истонченными концами отломков, которые покрыты корковой замыкающей пластинкой. Они соединены между собой фиброзной перемычкой или тяжем, а снаружи покрыты фиброзной капсулой.

Приобретенная деформация носа – нарушение структуры, формы носа приобретенного характера, поражающее костную, и (или) хрящевую, и (или) мягкие ткани носа. Основными жалобами, которые предъявляют пациенты, являются: изменение формы носа, затруднение носового дыхания разной степени выраженности.

Другие приобретенные деформации головы – аномальное изменение формы черепа, полученное при рождении, или приобретенный дефект вследствие травм, неврологических отклонений, расстройств головного мозга и других систем организма.

10. Классификации посттравматических осложнений и деформаций челюстно-лицевой области:

10.1. классификация посттравматических осложнений и деформаций костей челюстно-лицевой области:

по виду механической травмы:

бытовые;
производственные;
огнестрельные;
транспортные;
повреждения при укусе животным;
по виду химической травмы:
жидкими кислотами;
едкими щелочами;
по причине перенесенной инфекции:

нома;
волчанка;
сифилис;
остеомиелит;
оспа;
рожа;

некрозы тканей на почве выраженных расстройств кровообращения;
операции по поводу новообразований;
повреждения тканей в результате лучевой терапии;

10.2. классификация плохого сращения перелома (замедленной регенерации челюстных костей, замедленного сращения перелома):

несросшиеся переломы в пределах зубного ряда при наличии зубов на отломках;
несросшиеся переломы в пределах зубного ряда при наличии беззубых отломков;
несросшиеся переломы за зубным рядом;

10.3. классификация ложного сустава челюсти:

оба фрагмента имеют по 3–4 зуба (с дефектом челюсти до 2 см; с дефектом челюсти более 2 см);

оба фрагмента имеют 1–2 зуба;

дефекты нижней челюсти с беззубыми фрагментами (с одним беззубым фрагментом; с обоими беззубыми фрагментами);

двусторонний дефект нижней челюсти (при наличии зубов на среднем фрагменте, но при отсутствии их на боковых отломках; при наличии зубов на боковых отломках и отсутствии их на среднем);

10.4. классификация приобретенных деформаций носа:

по причине развития деформации:

деформации, развивающиеся в результате утраты части тканей пирамиды носа вследствие травмы, заболеваний, что приводит к рубцовой деформации (сифилис, туберкулез, лепра, волчанка);

деформации, возникающие вследствие нарушения морфогенеза пирамиды носа, приводящего к деформациям костного, хрящевого скелета;

по виду деформации:

гиперпластические:

обусловленные увеличением размера носа за счет костной ткани в сагиттальной плоскости («горбатый» нос);

обусловленные увеличением размера носа за счет костной ткани во фронтальной плоскости (широкий нос);

обусловленные чрезмерным развитием хрящей носа в длину (длинный нос);

обусловленные чрезмерным развитием хрящей носа в ширину (толстый нос);

гипопластические:

седловидный нос;

недоразвитие хрящей крыльев носа;

укорочение хрящей крыльев носа;

полный провал носа;

короткий нос;

пороки развития костно-хрящевого каркаса носа со смещением во фронтальной плоскости;

деформации носа, развивающиеся после травмы, деструктивного заболевания, при этом нет утраты мягких тканей носа, а имеется значительное изменение формы пирамиды носа вследствие повреждения костно-хрящевого каркаса;

10.5. классификация других приобретенных деформаций головы:

обусловленные врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и (или) неба;

после перенесенного вторичного деформирующего остеоартроза и анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

одностороннего;

двухстороннего;

обусловленные синдромами I и II жаберных дуг:

несимметричные (синдромы Гольденхара, гемифациальной микросомии);

симметричные (синдром Тричера-Коллинза, Франческетти, другие);

после удаления новообразований костей лицевого скелета;

обусловленные новообразованиями мягких тканей (лимфангиомой, гемангиомой, нейрофиброматозом, ангиодисплазией, другими);

после травмы и воспалительных заболеваний (хронический остеомиелит челюстных костей: продуктивный, деструктивный, деструктивно-продуктивный).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

11. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

12. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

13. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

сбор анамнеза, установление причины возникновения и развития заболевания (одонтогенной или неодонтогенной; связанной с травмой или не связанной с травмой);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

лабораторные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

на определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

на определение чувствительности к противогрибковым ЛС;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ).

14. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

компьютерная томография;

магнитно-резонансная (далее – МРТ) и компьютерная томография (далее – КТ);

рентгенография костей лицевого скелета, костей носа;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) челюстно-лицевой области и шеи;

диагностическая пункция;

фотограммы лица;

лабораторные диагностические исследования:

микробиологическое исследование;

цитологическое исследование;

инцизионная биопсия;

консультация врача-специалиста (врача-онколога, врача-оториноларинголога, врача-нейрохирурга, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

15. Постановку или подтверждение диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

16. Для постановки или подтверждения диагноза в стационарных условиях осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

17. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (одонтогенные или не одонтогенные; связанные с травмой или не связанные с травмой);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

осмотр, пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

лабораторные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

на определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

на определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

18. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

- инструментальные диагностические исследования:
- лучевые методы исследования:
- спиральная компьютерная томография;
- МРТ и КТ;
- рентгенография костей лицевого скелета, костей носа;
- УЗИ челюстно-лицевой области и шеи;
- диагностическая пункция;
- фотограммы лица;
- лабораторные диагностические исследования:
- микробиологические;
- цитологические;
- инцизионная биопсия;
- консультация врача-специалиста (врача-онколога, врача-оториноларинголога, врача-нейрохирурга, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

19. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

19.1. хирургические лечебные мероприятия:

- перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС и заменой дренажей с применением ЛС согласно приложению 1;

19.2. консервативное лечение:

- при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 2 по медицинским показаниям;
- с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3;
- ЛС, улучшающие микроциркуляцию, согласно приложению 4;
- ЛС на основе кальция согласно приложению 5.

20. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

20.1. физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима воздействия и кратности):

- ультрафиолетовое (далее – УФ) облучение очага поражения – 4–5 процедур через 1–3 дня;
- токи ультравысокой частоты (далее – УВЧ-терапия) – 4–8 процедур ежедневно;
- ультразвуковая терапия – 6–10 процедур через день;
- лазеротерапия – 10–15 процедур ежедневно;
- магнитотерапия – 6–10 процедур ежедневно;
- микроволновая терапия – 4–10 процедур ежедневно;
- электрофорез ЛС – 10–15 процедур ежедневно;

20.2. лечебная физическая культура (далее – ЛФК).

21. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

21.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

- амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

21.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 2;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

21.3. хирургические лечебные мероприятия:
при плохом срастании перелома и замедленном сращении перелома:
вид обезболивания – общее обезболивание;
по медицинским показаниям выполняют редрессацию, репозицию фрагментов в области перелома с остеосинтезом;
при несрастании перелома (ложном суставе (псевдоартрозе):
вид обезболивания: общее обезболивание;
по медицинским показаниям выполняют остеотомию, редрессацию, репозицию фрагментов с остеосинтезом;
по медицинским показаниям осуществляют пластическое устранение дефекта костной ткани;
наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);
перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;
при приобретенной деформации носа:
вид обезболивания – местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 6; местное потенцированное обезболивание; общее обезболивание;
реконструктивные операции на костях носа (по медицинским показаниям): остеотомия; редрессация; репозиция; контурная пластика имплантатами и аутооттрансплантатами (костными, хрящевыми, мягкотканными), в том числе, септо- и ринопластика;
наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки).
перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;
при других приобретенных деформациях головы:
вид обезболивания – местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 6; местное потенцированное обезболивание; общее обезболивание;
реконструктивные операции на костях лицевого скелета (по медицинским показаниям):
osteotomy;
редрессация;
репозиция фрагментов в области деформации с остеосинтезом;
контурная пластика имплантатами и аутооттрансплантатами (костными, хрящевыми, мягкотканными);
реконструкция стенок орбиты, верхнечелюстной и лобной пазух;
наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);
перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1.

По медицинским показаниям операция проводится совместно с врачом-нейрохирургом, врачом-офтальмологом, врачом-оториноларингологом;

21.4. консервативное лечение:
при возникновении инфекционных осложнений – назначение антибактериальных ЛС согласно приложению 2 по медицинским показаниям;
с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3;
с целью уменьшения послеоперационного отека – стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 7;
ЛС, улучшающие микроциркуляцию, согласно приложению 4;
ЛС на основе кальция согласно приложению 5.

22. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

22.1. физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима воздействия и кратности):

УФ облучение очага поражения – 4–5 процедур через 1–3 дня;

УВЧ-терапия – 4–8 процедур ежедневно;

ультразвуковая терапия – 6–10 процедур через день;

лазеротерапия – 10–15 процедур ежедневно;

магнитотерапия – 6–10 процедур ежедневно;

микроволновая терапия – 4–10 процедур ежедневно;

электрофорез ЛС – 10–15 процедур ежедневно;

22.2. ЛФК.

23. Возможные исходы заболеваний:

выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (лимфаденит, абсцесс, флегмона, медиастинит, тромбофлебит челюстно-лицевой области, внутричерепной синус-тромбоз, сепсис).

24. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с посттравматическими
осложнениями и деформациями
костей челюстно-лицевой области»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных). Длительность применения устанавливают индивидуально

3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	Раствор можно использовать в неразведенной или разведенной в воде форме как раствор 10 % (1:10) или раствор 1 % (1:100), в зависимости от области тела, где необходима дезинфекция. 10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек; 1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов
4	Йод	Раствор спиртовой 5 % для наружного применения	Применяется наружно. Раствором йода смачивают ватный тампон, который используют для обработки операционного поля
5	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с посттравматическими
осложнениями и деформациями
костей челюстно-лицевой области»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы антибиотиков, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотиков			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения

			невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с посттравматическими
осложнениями и деформациями
костей челюстно-лицевой области»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки.

		суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с посттравматическими
осложнениями и деформациями
костей челюстно-лицевой области»

**ЛС, улучшающие периферическое кровообращение, применяемые при лечении
пациентов (взрослое население) с посттравматическими осложнениями
и деформациями костей челюстно-лицевой области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Никотиновая кислота	Раствор для инъекций, 10 мг/1 мл в ампулах	Назначают парентерально (внутривенно, внутримышечно или подкожно) по 1 мл 1 % (10 мг) раствора 2–3 раза в сутки на протяжении 10–15 дней
2	Пентоксифиллин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг	Длительность лечения и режим дозирования пентоксифиллина устанавливаются лечащим врачом индивидуально, в зависимости от клинической картины заболевания и получаемого терапевтического эффекта. ЛС принимают внутрь сразу после еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством жидкости.

			ЛС назначают, начиная с 200 мг 3 раза в сутки
--	--	--	---

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с посттравматическими
осложнениями и деформациями
костей челюстно-лицевой области»

**ЛС кальция, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой
области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
A12A Средства на основе кальция			
1	Кальция глюконат	Таблетки 500 мг	ЛС принимают внутрь, во время еды по 1 таблетке 1–3 раза в сутки. Продолжительность применения определяется врачом индивидуально

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с посттравматическими
осложнениями и деформациями
костей челюстно-лицевой области»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой
области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не должна превышать 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл);	ЛС предназначен для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин

		раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)
--	--	---	---

Приложение 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с посттравматическими
осложнениями и деформациями
костей челюстно-лицевой области»

**Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с посттравматическими осложнениями и деформациями костей
челюстно-лицевой области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с врожденными
аномалиями глаза, уха, лица и шеи»**

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – Q10–Q18 Врожденные аномалии [пороки развития] глаза, уха, лица и шеи: Q10.0 Врожденный птоз; Q10.1 Врожденный эктропион; Q10.2 Врожденный энтропион; Q16.0 Врожденное отсутствие ушной раковины; Q17.0 Добавочная ушная раковина; Q17.1 Макротия; Q17.2 Микротия; Q17.3 Другая аномалия уха; Q17.4 Аномально расположенное ухо; Q17.5 Выступающее

ухо; Q18.0 Пазуха, фистула и киста жаберной щели; Q18.1 Преаурикулярная пазуха и киста; Q18.2 Другие пороки развития жаберной щели; Q18.4 Макростомия; Q18.5 Микростомия; Q18.6 Макрохейлия; Q18.7 Микрохейлия).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

врожденный птоз – врожденное опущение верхнего века;
врожденный эктропион – врожденное выворачивание наружу нижнего века;
врожденный энтропион – врожденный заворот века;
макростомия – чрезмерно широкая ротовая щель;
макротия – увеличение всей ушной раковины или ее частей;
макрохейлия – гипертрофия губ;
микростомия – сужение ротовой щели;
микротия – недоразвитие ушной раковины;
микрохейлия – недоразвитие губ;
преаурикулярная пазуха и киста – врожденный околоушной свищ.

4. Для лечения врожденных аномалий глаза, уха, лица и шеи применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

5. ЛС и медицинские изделия (далее – МИ) назначают и применяют в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛС и МИ.

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

7. Медицинская помощь пациентам с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи оказывается в стационарных условиях в отделении челюстно-лицевой хирургии или хирургическом отделении, при развитии тяжелых осложнений – в отделении интенсивной терапии и реанимации больничной организации.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ, КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ГЛАЗА, УХА, ЛИЦА И ШЕИ

8. Птоз – патология, для которой характерно опущение века. Часто она возникает еще во время внутриутробного развития. Заболевание может быть односторонним и двухсторонним, развиваться как на верхнем, так и на нижнем веке. Наиболее распространено образование птоза на верхнем веке.

Врожденный эктропион (выворачивание наружу нижнего века) – аномалия расположения реснитчатого края, которая сопровождается его отделением от глазного яблока и обнажением пальпебральной и бульбарной конъюнктивы. Клинически проявляется повышенным слезотечением, ощущением инородного тела, частым морганием, гиперемией кожных покровов с последующим развитием симптоматики конъюнктивита, кератита и лагофтальма.

Врожденный энтропион (заворот века) – аномалия расположения века, при которой происходит травмирование конъюнктивы и роговицы его реснитчатым краем. Клинически

заболевание проявляется ощущением инородного тела, слезотечением, фотофобией и болезненными ощущениями, которые усиливаются при моргании или смыкании глаз.

Врожденное отсутствие ушной раковины (анотия) обычно сочетается с недоразвитием костей лицевого скелета. В отдельных наблюдениях наружный слуховой проход может быть сохранен.

Микротия (недоразвитие ушной раковины) – врожденное недоразвитие ушной раковины, сопровождающееся уменьшением ее размеров, деформацией или полным отсутствием. Клинически проявляется дисплазией завитка, противозавитка, мочки уха и устья слухового канала. Часто данная патология сочетается с пороками развития костей лицевого скелета.

Добавочная ушная раковина – чаще выглядит как рудиментарные отростки вокруг уха. Может присутствовать один или несколько добавочных козелков. Возможно наличие двух деформированных ушных раковин.

Макротия – аномалия доставляет только эстетические проблемы, слух при большой ушной раковине не нарушается. Нормальная длина уха взрослого 50–82 мм у мужчин и до 77 мм – у женщин. В поперечном измерении, соответственно, от 32–52 мм у представителей мужского пола, и 28–45 – у женщин. Однако, основной фактор – соразмерность другим частям лица.

Выступающее ухо – вариант врожденной деформации, при которой отмечается увеличение угла прилегания ушной раковины к костям мозговой части черепа.

Пазуха, фистула и киста жаберной щели – сохранившийся во внеутробном периоде остаток эмбриональных жаберных дуг и (или) третьего глоточного кармана. Отмечается образование, свищ на боковой поверхности шеи, при воспалении из свища отделяется гнойный экссудат.

Преаурикулярная пазуха и киста – врожденная аномалия формирования наружного уха, представляющая собой узкий извилистый канал, который открывается в начале завитка ушной раковины. При развитии нагноения проявляется снижением слуха, общей интоксикацией, выделением гнойного или серозного экссудата из устья свища.

Макростомия (аномалия развития ротовой щели) – чрезмерное увеличение ротовой щели. Данный порок обусловлен несращением тканей верхней и нижней частей щеки и краев губы между собой.

Микростомия (сужение ротовой щели) образуется в результате ранения приротовой области после операций по поводу опухолей, после ожогов лица, а также при системной склеродермии и туберкулезной волчанке.

Макрохейлия (гипертрофия губ) – увеличение размера губ. Она делится на истинную и ложную (например, вследствие развития жировой ткани или отека).

Микрохейлия (недоразвитие губ) – врожденный порок развития, при котором отмечается аномально малый размер губ.

9. Врожденные аномалии глаза, уха, лица и шеи классифицируются по этиологии:

наследственные;

экзогенные;

мультифакториальные – пороки, возникшие от совместного воздействия генетических и экзогенных факторов.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ГЛАЗА, УХА, ЛИЦА И ШЕИ

10. Постановку диагноза в амбулаторных условиях осуществляет врач-стоматолог-хирург.

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

12.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (генетически обусловленные или не генетически обусловленные);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

12.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ);

визометрия;

биомикроскопия;

периметрия;

аудиограмма;

речевое исследование слуха;

импедансометрия;

фистулография;

12.3. лабораторные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

компьютерная томография (далее – КТ);

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) и КТ;

рентгенография костей лицевого скелета, костей носа;

УЗИ челюстно-лицевой области и шеи;

диагностическая пункция;

фотограммы лица;

лабораторные исследования:

микробиологическое исследование;

цитологическое исследование;

инцизионная биопсия;

консультация врача-специалиста (врача-онколога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-нейрохирурга, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

14. Постановку или подтверждение диагноза в стационарных условиях осуществляет врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

15. Для постановки или подтверждения диагноза в стационарных условиях осуществляются:

- клиническое обследование пациента;
- обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;
- консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

16.1. клиническое обследование пациента:

- сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (генетически обусловленные или не генетически обусловленные);

- выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

- внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

- осмотр, пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

- осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций;

16.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

- УЗИ;

- визометрия;

- биомикроскопия;

- периметрия;

- аудиограмма;

- речевое исследование слуха;

- импедансометрия;

- фистулография;

16.3. лабораторные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

- общий анализ крови;

- биохимический анализ крови;

- коагулограмма;

- общий анализ мочи;

- бактериологическое исследование (при наличии экссудата);

- определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

- определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

17. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

- инструментальные диагностические исследования:

- лучевые методы исследования:

- КТ;

- МРТ и КТ;

- рентгенография костей лицевого скелета, костей носа;

- УЗИ челюстно-лицевой области и шеи;

- фотограммы лица;

- диагностическая пункция;

- лабораторные исследования:

- микробиологическое исследование;

- цитологическое исследование;

инцизионная биопсия;
консультация врача-специалиста (врача-онколога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-нейрохирурга, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ГЛАЗА, УША, ЛИЦА И ШЕИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:
- 18.1. хирургические лечебные мероприятия:
перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;
- 18.2. консервативное лечение:
при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 2 (по медицинским показаниям);
с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3.
19. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:
- физиотерапевтическое лечение: магнитотерапия – 6–10 процедур ежедневно;
лечебная физическая культура (далее – ЛФК).
20. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются.
- 20.1. медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска: амоксициллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;
- 20.2. хирургические лечебные мероприятия:
при птозе, врожденном эктропионе наружного века и врожденном энтропионе основным методом оказания медицинской помощи является хирургическое лечение. При врожденном энтропионе (завороте века) консервативное лечение эффективно только на ранних стадиях и включает использование ЛС искусственной слезы, гелей и мазей для увлажнения конъюнктивы, а также роговицы:
вид обезболивания – по медицинским показаниям, в зависимости от травматичности и продолжительности хирургического вмешательства – местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 4; местное потенцированное обезболивание, общее обезболивание;
блефаропластика;
наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);
перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;
- при врожденном отсутствии ушной раковины (анотии), микротии (недоразвитии ушной раковины) – хирургическое лечение, заключающееся в коррекции формы наружного уха, восстановлении проходимости ушного канала:
вид обезболивания – по медицинским показаниям, в зависимости от травматичности и продолжительности хирургического вмешательства – местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 4; местное потенцированное обезболивание, общее обезболивание;
- по эстетическим показаниям осуществляются пластическая этапная реконструкция ушной раковины свободным хрящевым аутоотрансплантатом (имплантатом) или комплексное хирургическое и ортопедическое лечение: имплантация фиксирующих элементов в височную кость для фиксации эктопротеза, изготовленного врачом-ортопедом;
наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

при атонии, микротонии, добавочной ушной раковине, макротии, других аномалиях уха, аномально расположенном ухе, выступающем ухе – хирургическое лечение: по эстетическим показаниям – различные виды отопластики:

вид обезболивания – по медицинским показаниям, в зависимости от травматичности и продолжительности хирургического вмешательства – местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 4; местное потенцированное обезболивание, общее обезболивание;

наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

при пазухе, фистуле и кисте жаберной щели, преаурикулярной пазухе и кисте, а также других пороках развития жаберной щели – хирургическое лечение:

вид обезболивания – по медицинским показаниям, в зависимости от травматичности и продолжительности хирургического вмешательства – местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 4; местное потенцированное обезболивание, общее обезболивание;

удаление образования (кисты или свища) с обязательным патогистологическим исследованием иссеченных тканей;

при воспалении – пункция, первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага с последующим дренированием; после полного купирования воспалительного процесса – плановое хирургическое вмешательство по удалению образования (кисты или свища) с обязательным патогистологическим исследованием иссеченных тканей;

наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

при макростомии (аномалии развития ротовой щели) или при микростомии (сужении ротовой щели) – хирургическое лечение:

вид обезболивания – по медицинским показаниям, в зависимости от травматичности и продолжительности хирургического вмешательства – местное потенцированное обезболивание, общее обезболивание;

пластическое уменьшение или увеличение ротовой щели местными тканями;

наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

при макрохейлии (гипертрофии губ) или микрохейлии (недоразвитии губ) – хирургическое лечение:

вид обезболивания – по медицинским показаниям, в зависимости от травматичности и продолжительности хирургического вмешательства – местное потенцированное обезболивание, общее обезболивание;

по эстетическим показаниям: при макрохейлии – коррекция формы и размеров губ местными тканями (хейлопластика); при микрохейлии – инъекционная контурная коррекция формы и объема губ имплантационными препаратами на основе гиалуроновой кислоты или жировой тканью (липофилинг);

наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

20.3. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 2;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3;

с целью уменьшения послеоперационного отека – стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5.

21. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

физиотерапевтическое лечение: магнитотерапия – 6–10 процедур ежедневно; ЛФК.

22. Возможные исходы заболеваний:

выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

развитие осложнений (лимфаденит, абсцесс, флегмона, медиастинит, тромбофлебит челюстно-лицевой области, внутричерепной синус-тромбоз, сепсис).

23. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с врожденными аномалиями
глаза, уха, лица и шеи»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний	Раствор для наружного (местного) применения	Лечение и медицинская профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта. Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Нитрофурал	Раствор для наружного применения 0,2 мг/мл	Для орошения ран и наложения влажных повязок. Длительность применения устанавливают индивидуально
4	Каля перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с врожденными аномалиями
глаза, уха, лица и шеи»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы антибиотиков, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотиков			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			

4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с врожденными аномалиями
глаза, уха, лица и шеи»

Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг;	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки.

		капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600– 800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней
--	--	--	--

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с врожденными аномалиями
глаза, уха, лица и шеи»

Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не более 300 мг
2.2	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл, в ампулах 2 мл	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с врожденными аномалиями
глаза, уха, лица и шеи»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12– 16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60– 120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки