

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-ХІІ «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, свищом 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 мышечкового 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.Пиневиц

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 ЧЛО) (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 (листочком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листочком-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:

болевым 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.