

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.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 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 (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. 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 сращение 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 срастания 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):

osteotomia;

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 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	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

		оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	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 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 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