

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 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 (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 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 больницы 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.

Микроотия (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 отоластики:

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, 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	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 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 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;	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует

		порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	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 стрептограминны			
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
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 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