

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 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 I (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 обезболиванием 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 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.

22.2. хирургические лечебные мероприятия:

первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага (фурункула, карбункула челюстно-лицевой области и шеи, удаление «причинного» зуба); вид обезболивания – 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 С2–С3 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 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 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, тромбозом, 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 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);	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,

		гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	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 стрептограмин			
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, тромбозом, лимфаденитом 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;	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг

		раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 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 болевом 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, тромбозом, 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, тромбофлебитом, лимфаденитом 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, тромбофлебитом, лимфаденитом 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