

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

2 мая 2023 г. № 66

Об утверждении клинических протоколов

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

1. Утвердить:

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

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

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, 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 одонтогенным верхнечелюстным синуситом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

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

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

одонтогенный синусит хронический – воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя, иногда – надкостницы, костных стенок верхнечелюстных пазух, когда источником развития заболевания является зуб, и оно длится более 12 недель без полного исчезновения симптомов (может отмечаться усиление симптомов).

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

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

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (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 острым гнойным и хроническим одонтогенным синуситом оказывается в гнойном отделении челюстно-лицевой хирургии, при развитии осложнений – в отделении интенсивной терапии и реанимации больничных организаций.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

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

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

синдром «немного» синуса.

10. Признаки острого и хронического одонтогенного синусита:

наличие «причинного» зуба, установленного дентального имплантата, инородного тела пазухи (пломбирочного материала, дренажа, дентального имплантата, зуба или его частей);

одностороннее поражение пазухи;

нарушение носового дыхания;

боли, отек, гиперемия мягких тканей подглазничной области;

серозное или гнойное отделяемое из носового хода на стороне поражения.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

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

12. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

13. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

13.1. клиническое обследование пациента:

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

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

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

13.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

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

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

13.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

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

инструментальные исследования:

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

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

пункция верхнечелюстной пазухи;
консультация врача-специалиста (врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога, врача-невролога, врача-нейрохирурга).

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

16. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

17. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

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

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

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

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

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

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

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

18. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

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

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

пункция верхнечелюстной пазухи;

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

ГЛАВА 4

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

19. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

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

19.2. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

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

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 5;

сосудосуживающие местные ЛС согласно приложению 6.

20. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

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

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

сантиметроволновая терапия – 8–10 процедур, ежедневно;

лазеротерапия и магнитолазеротерапия – 10–15 процедур, ежедневно;

магнитотерапия – 10–15 процедур, ежедневно;

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

электрорефлексотерапия – 10 процедур, ежедневно.

21. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

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

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

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

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

21.3. хирургические лечебные мероприятия:

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

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

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

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

21.4. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

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

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 5;

сосудосуживающие местные ЛС согласно приложению 6;

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

22. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются физиотерапевтическое лечение и рефлексотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 20

настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

23. Возможные исходы заболеваний:

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

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

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

Приложение 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

			вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с 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 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

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

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

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

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с одонтогенным
верхнечелюстным синуситом»

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

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

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

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

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
R01A Средства для устранения воспалительного отека (деконгестанты) и другие средства для местного применения в ринологии			
1	Ксилометазолин	Капли назальные 1 мг/мл 10 мл	1 впрыскивание в каждый носовой ход. При необходимости повторить, но не более 3 раз в сутки. Длительность применения – не более 7 дней

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

Приложение 7

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

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

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