

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 инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей 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 инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица; L02.1 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи; L03.2 Флегмона лица).

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:

абсцесс – острое ограниченное инфекционно-воспалительное заболевание мягких тканей с образованием ограниченной полости;

карбункул – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов;

флегмона – острое разлитое инфекционно-воспалительное заболевание мягких тканей с заинтересованностью одного, двух и более фасциально-клетчаточных пространств;

фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей соединительной ткани; включает стадию инфильтрации, стадию формирования некротического стержня, стадию заживления или развития осложнения.

4. Для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

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

6. Применение ЛС осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем) и общей характеристикой ЛС (off-label), при этом дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

7. Признаки и критерии, определяющие инфекционно-воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области:

отек, гиперемия, боль, инфильтрат в области мягких тканей, локальный лимфаденит, лихорадка, лейкоцитоз;

при фурункуле и карбункуле – некротический стержень с очагом флуктуации;

при абсцессе – резко болезненный отграниченный инфильтрат в окологлазничной области мягких тканей в пределах одного анатомического пространства;

слабо или умеренно выраженные признаки интоксикации (высокая температура тела (до 38–39 °С); озноб; бледность кожных покровов; потливость; изменения периферической крови, характерные для воспалительного процесса – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ), достигающая 40 мм/час);

боль при надавливании и перкуссии «причинного» зуба, явившегося входными воротами для инфекции;

воспалительная контрактура жевательных мышц;

при флегмоне – резко болезненный при пальпации инфильтрат без четких границ; распространяющийся на две – три и более анатомические области;

резко выраженные признаки интоксикации (высокая температура тела (до 39–40 °С); озноб; бледность кожных покровов; потливость; значительное изменение периферической

крови, характерное для воспалительного процесса – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ, достигающая 60 мм/час; изменения в анализе мочи, свойственные токсическому нефриту);

боль при надавливании и перкуссии «причинного» зуба, явившегося входными воротами для инфекции;

воспалительная контрактура жевательных мышц.

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.

8. Классификация инфекционно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области:

по этиологическому фактору:

одонтогенные;

неодонтогенные;

по локализации: с распространением на одну, две, три анатомо-топографические области (с указанием заинтересованных областей и клетчаточных пространств);

по распространению:

ограниченные;

разлитые;

по наличию осложнений:

с осложнениями;

без осложнений.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

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

10. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

11. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

11.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, внешний осмотр с оценкой формы и конфигурации лица (выявляют наличие отека и воспалительного инфильтрата, степень открывания рта);

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;

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;

11.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ);

11.3. 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.

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

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или КЛКТ;

УЗИ;

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;

консультация врача-специалиста (врача-торакального хирурга, врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

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

14. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

15. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

15.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, внешний осмотр с оценкой формы и конфигурации лица (выявляют наличие отека и воспалительного инфильтрата, степень открывания рта);

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;

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;

15.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;
УЗИ;

15.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;
коагулограмма;
общий анализ мочи.

16. Дополнительными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях, осуществляемыми по медицинским показаниям, являются:

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;
УЗИ;

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;

консультация врача-специалиста (врача-торакального хирурга, врача-невролога, врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

17. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

17.1. 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;

17.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 1;

17.3. хирургические лечебные мероприятия:

удаление «причинного» зуба;

выбор метода обезболивания: местная инъекционная проводниковая анестезия с использованием ЛС согласно приложению 2.

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3;

замена дренажа с применением ЛС согласно приложению 4;

17.4. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС согласно приложению 1 при подозрении на бактериальную этиологию (гиперемия, флюктуация, размягчение);

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5;

антигистаминные ЛС для системного применения согласно приложению 6;

ингибиторы агрегации тромбоцитов согласно приложению 7 для медицинской профилактики тромбообразования.

18. Дополнительными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

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

ультрафиолетовое облучение – 4–6 процедур, через день;

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 5–7 процедур, ежедневно;

флюктуоризация – 6–10 процедур, ежедневно;

лазеротерапия – 6–8 процедур, ежедневно;

микроволновая терапия – 6–10 процедур, ежедневно;

диадинамотерапия – 6–8 процедур, ежедневно;

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

электрорефлексотерапия – 10 процедур, ежедневно.

19. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

19.1. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 1;

* 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.

19.2. хирургические лечебные мероприятия:

хирургическое лечение фурункула:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2; первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага, проведение разреза кожи на ширину воспалительного инфильтрата, некрэктомия, обработка раны раствором антисептического ЛС согласно приложению 3, дренирование – марлевый дренаж с гипертоническим раствором с применением ЛС согласно приложению 4, асептическая повязка;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3;

замена дренажа с применением ЛС согласно приложению 4;

хирургическое лечение карбункула:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2, или потенцированное местное обезболивание, или общее обезболивание;

первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага, некрэктомия, дренирование – марлевый дренаж с гипертоническим раствором с применением ЛС согласно приложению 4, асептическая повязка;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3;

замена дренажа с применением ЛС согласно приложению 4;

хирургическое лечение флегмон поверхностных пространств челюстно-лицевой области (щечной, скуловой, подглазничной, околоушно-жевательной, поднижнечелюстной, подбородочной областей):

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 2, или местная потенцированная анестезия, или общее обезболивание;

удаление причинного зуба, первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага внеротовым доступом, дренирование (трубчатый дренаж, марлевый дренаж с гипертоническим раствором с применением ЛС согласно приложению 4, асептическая повязка;

хирургическое лечение флегмон глубоких пространств челюстно-лицевой области (крыловидно-нижнечелюстного пространства и окологлоточного пространств, дна полости рта и шеи только одонтогенной этиологии, височной области):

вид обезболивания – общее обезболивание;

удаление причинного зуба, первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага внеротовым и внутриротовым доступом, наложение контрапертур, дренирование (трубчатый дренаж, марлевый дренаж с гипертоническим раствором с применением ЛС согласно приложению 4), асептическая повязка;

по медицинским показаниям – наложение трахеостомы, первичная хирургическая обработка инфекционно-воспалительного очага и дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи врачом – челюстно-лицевым хирургом или врачом-стоматологом-хирургом, средостения – врачом – торакальным хирургом. При медиастините лечение превалирующей торакальной патологии в отделении торакальной хирургии;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 3 и заменой дренажей с использованием ЛС согласно приложению 4;

19.3. консервативное лечение:

антибактериальные ЛС при подозрении на бактериальную этиологию (гиперемия, флюктуация, размягчение), согласно приложению 1;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5;

однократно в послеоперационном периоде при распространенном процессе с целью уменьшить отечность и иммунную реакцию на инвазию – стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 8;

для медицинской профилактики тромбообразования – антикоагулянты согласно приложению 9 (если уровень АЧТВ не укладывается в целевой диапазон, проводится коррекция скорости титрования гепарина в соответствии с номограммой, приведенной в приложении 10);

антиацидемические и детоксикационные ЛС согласно приложению 11.

20. Дополнительными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются физиотерапевтическое и рефлексотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 18 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

21. Возможные исходы заболеваний:

купирование инфекционно-воспалительного процесса и выздоровление;

развитие осложнений (лимфаденит, медиастинит, тромбофлебит челюстно-лицевой области, внутричерепной синус-тромбоз, сепсис).

22. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей 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 инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей 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	Цефуросксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо

		оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 2

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей
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	<p>Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл;</p> <p>раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл);</p> <p>раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл);</p> <p>раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)</p>	<p>ЛС предназначен для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление.</p> <p>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)</p>
-----	--------------------	--	--

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	<p>Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл;</p> <p>раствор для наружного применения 0,5 мг/мл</p>	<p>Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций.</p> <p>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).</p> <p>Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды).</p> <p>Длительность применения устанавливают индивидуально</p>
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	<p>Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных).</p> <p>Длительность применения устанавливают индивидуально</p>
3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	<p>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.</p> <p>10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек;</p> <p>1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов</p>
4	Йод	Раствор спиртовой 5 % для наружного применения	<p>Применяется наружно.</p> <p>Раствором йода смачивают ватный тампон, который используют для обработки операционного поля</p>
5	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	<p>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.</p>

			Длительность применения устанавливают индивидуально
--	--	--	---

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Гипертонические растворы и водорастворимые мази, применяемые при местном лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
В05Х Добавки к растворам для внутривенного введения			
1	Натрия хлорид	Раствор для наружного применения 100 мг/мл	Местно (на турундах) дренировать гнойную рану. Асептическая повязка над раной должна быть влажной (содержать тот же гипертонический раствор)
2	Магния сульфат	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 250 мг/мл 5 мл	Местно (на турундах) дренировать гнойную рану. Асептическая повязка над раной должна быть влажной (содержать тот же гипертонический раствор)
3	Хлорамфеникол/метилурацил	Мазь для наружного применения (7,5 мг + 40 мг)/1 г	Гнойные раны (в том числе, инфицированные смешанной микрофлорой) в первой (гнойно-некротической) фазе раневого процесса. Местно. ЛС пропитывают стерильные турунды, которыми рыхло заполняют рану. перевязки производят ежедневно, один раз в день, до полного очищения раны от гнойно-некротических масс. При больших раневых поверхностях суточная доза мази в пересчете на хлорамфеникол не должна превышать 3 г

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

**Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких
тканей челюстно-лицевой области**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болеом синдроме 3–5 дней

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антигистаминные ЛС для системного применения, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей 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 7
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Ингибиторы агрегации тромбоцитов, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей 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 8
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей 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 инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антикоагулянты группы гепарина, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей 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 инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
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

Приложение 11
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с инфекционно-воспалительными
заболеваниями мягких тканей
челюстно-лицевой области»

Антиацдемические и детоксикационные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с инфекционно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	B05CB04 Антиацдемическое 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.