

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
30 марта 2026 г. № 24

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 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 доброкачественным новообразованием слюнных желез» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными новообразованиями костей черепа и лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными новообразованиями мягких тканей челюстно-лицевой области» (прилагается);

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

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными новообразованиями кожи, меланоформным невусом лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с кистами области рта, не классифицированными в других рубриках» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гигантоклеточной гранулемой центральной» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с воспалительными заболеваниями челюстей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с периимплантитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с альвеолитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями слюнных желез» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с флегмонами и абсцессами области рта» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гранулемой и гранулемоподобными поражениями слизистой оболочки полости рта» (прилагается);

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с переломом лицевых костей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с вывихом нижней челюсти» (прилагается);

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с осложнениями хирургических и терапевтических вмешательств в челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с рубцовыми деформациями и дефектами мягких тканей лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с последствиями перелома костей лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с параличом мимических мышц лица вследствие травмы лицевого нерва» (прилагается).

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 августа 2017 г. № 80 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

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

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.03.2026 № 24

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с воспалительными заболеваниями челюстей»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания челюстно-лицевой и стоматологической хирургической помощи пациентам (взрослое население) с воспалительными заболеваниями челюстей (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K10.22 Периостит челюсти острый, K10.23 Хронический периостит челюсти, K10.25 Секвестр челюстной кости).

2. 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:

острый одонтогенный периостит челюсти – острое серозное или гнойное воспаление периоста (надкостницы), причиной развития которого является одонтогенный источник инфекции;

острый периостит челюсти – воспалительное заболевание, вовлекающее надкостницу альвеолярного отростка и тела челюсти из одонтогенного или неодонтогенного очага;

хронический одонтогенный периостит челюсти – хроническое воспаление периоста (надкостницы), причиной развития которого является одонтогенный источник инфекции;

хронический периостит челюсти – хроническое воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти, характеризующееся развитием вялотекущего воспаления челюстной кости и сопровождающееся безболезненным ее утолщением;

секвестр челюстной кости – ограниченный воспалительно-некротический очаг в костной ткани, сопровождающийся гибелью и отторжением участков костной ткани челюсти с формированием секвестральной капсулы и последующим ремоделированием костной ткани;

хронический одонтогенный остеомиелит челюсти – гнойное деструктивное или пролиферативное воспаление костной ткани с нарастанием резорбтивных и продуктивных

изменений в кости и периосте, причиной развития которого является одонтогенный источник инфекции;

хронический травматический остеомиелит челюсти – гнойное деструктивное или пролиферативное воспаление костной ткани с нарастанием резорбтивных и продуктивных изменений в кости и периосте, причиной развития которого является нарушение целостности кости и проникновение инфекции в рану;

острый одонтогенный остеомиелит челюсти – гнойно-некротическое воспаление костной ткани челюстной кости, причиной развития которого является одонтогенный источник инфекции;

острый травматический остеомиелит челюсти – гнойно-некротическое воспаление костной ткани челюстной кости, причиной развития которого является нарушение целостности кости и проникновение инфекции в рану;

остеомиелит челюсти – гнойно-некротическое воспаление костной ткани челюстной кости (одновременно всех ее структурных компонентов) инфекционно-аллергической природы;

медикаментозный остеонекроз челюстной кости – заболевание, сопровождающееся хроническим воспалением, разрушением кости челюсти, после проведенной химиотерапии злокачественных новообразований, применения бисфосфонатов;

радиационный остеонекроз челюстной кости – заболевание, сопровождающееся значительной убылью или разрушением кости челюсти, попавшей в поле проведенной лучевой терапии злокачественных новообразований.

3. Лекарственные препараты (далее – ЛП) 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 ЛП и МИ.

4. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем).

5. Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не предусмотренным инструкцией по медицинскому применению (листочками-вкладышами) и общей характеристикой ЛП (off-label), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

6. Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов лечения, МИ или ЛП, не включенных в настоящий клинический протокол.

7. Лечение пациентов с острым, хроническим периоститом челюсти, ограниченным одонтогенным остеомиелитом челюсти проводится в амбулаторных условиях, пациентов с острым остеомиелитом, секвестром челюстной кости, хроническим остеомиелитом челюсти, радиационным и медикаментозным остеонекрозом челюстной кости в период обострения до купирования острых воспалительных явлений и плановое хирургическое лечение – в стационарных условиях.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

8. Выделяют клинические, функциональные, рентгенологические и лабораторные признаки воспалительных заболеваний челюсти:

8.1. клинические признаки острого периостита:

жалобы на постоянную боль в причинном зубе или челюсти;

могут наблюдаться симптомы общей интоксикации: повышение температуры тела, недомогание, слабость, потеря аппетита, плохой сон, нередко бессонница;

изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека окологлазничных тканей, кожные покровы не изменены, кожа в складку собирается;

возможно увеличение региональных лимфатических узлов на стороне поражения;

переходная складка преддверия полости рта сглажена, при пальпации отмечается болезненный ограниченный инфильтрат на протяжении 1–2 зубов, с или без флюктуации;

при локализации процесса на верхней челюсти с небной стороны альвеолярного отростка внешних изменений нет, но в полости рта определяется болезненное выбухание инфильтрата на небе с флюктуацией, которое приобретает полушаровидную или овальную форму;

причинный зуб может быть с разрушенной кариозным процессом коронковой частью, интактным или под пломбой (леченым по поводу кариеса или эндодонтически), его перкуссия резко болезненная, может определяться его патологическая подвижность с гноетечением из зубодесневого кармана, соседние интактные зубы – устойчивы, перкуссия их, как правило, безболезненна или малоболезненна;

функциональные признаки острого периостита:

при расположении острого периостита в области последних моляров нижней челюсти – могут появиться ограничение и болезненность при открывании рта;

рентгенологические признаки острого периостита:

рентгенологически может отмечаться картина предшествующей формы периодонтита (расширение периодонтальной щели причинного зуба, наличие очагов деструкции костной ткани в области корней зубов); каналы зуба могут быть свободными или заполнены пломбирочным материалом;

лабораторные признаки острого периостита:

может отмечаться лейкоцитоз в периферической крови с увеличением палочкоядерных лейкоцитов;

8.2. клинические признаки хронического периостита челюсти:

периодическая слабая ноющая боль в области челюсти;

коронка причинного зуба может быть разрушена, полость зуба вскрыта или зуб под пломбой, или ранее эндодонтически лечен, возможна патологическая подвижность такого зуба;

конфигурация лица может быть не изменена или слабо выражена его асимметрия за счет инфильтрата в области переходной складки преддверия полости рта;

наличие в области переходной складки преддверия полости рта в проекции причинного зуба ограниченного уплотненного участка округлой формы с гладкой поверхностью, болезненного при пальпации, может отмечаться слабо выраженная гиперемия слизистой оболочки над ним;

возможно наличие увеличенных и уплотненных региональных лимфатических узлов, безболезненных при пальпации;

рентгенологические признаки хронического периостита челюсти:

рентгенологически может выявляться дополнительная тень оссифицированной надкостницы, которая в дальнейшем уплотняется и утолщается; вновь образованная костная ткань приобретает выраженную трабекулярную структуру. При rareфицирующем периостите выявляется очаг остеопороза костной ткани с довольно четкими контурами, костная ткань которого в дальнейшем замещается фиброзной;

8.3. клинические признаки секвестра челюстной кости (хронического остеомиелита):

температура тела чаще всего нормальная, лишь у некоторых пациентов может отмечаться периодический подъем температуры до субфебрильных значений;

ноющие боли в области челюсти, возможные нарушения чувствительности нижнелунного нерва (симптом Венсана);

может отмечаться асимметрия конфигурации лица на стороне поражения за счет сохранения остаточной инфильтрации околочелюстных тканей и периостального утолщения надкостницы челюсти;

незаживающая лунка после удаления зуба;

нарастающая патологическая подвижность интактных зубов в области пораженной челюстной кости;

формирование на коже или в полости рта (как правило в области послеоперационных ран или в области удаленных зубов) свищевых ходов, идущих

до кости (что определяется при их зондировании), с выбухающими патологическими грануляциями, из которых периодически отмечается выделение гнойного экссудата, некоторые свищевые ходы в последствие рубцуются и втягиваются внутрь;

при хроническом травматическом остеомиелите может сохраняться иммобилизирующая челюсти конструкция (назубные шины) после ранее предшествующей хирургической обработки линии перелома;

функциональный признак секвестра челюстной кости (хронического остеомиелита) – может сохраняться ограничение открывания полости рта при сохранении остаточных явлений контрактуры жевательных мышц;

рентгенологические признаки секвестра челюстной кости (хронического остеомиелита):

рентгенологически определяются очаги деструкции костной ткани, в центре которых определяются секвестры разных размеров и форм. Между ними выявляются участки остеосклероза, по плотности превышающие нормальную костную ткань, отграничение секвестров и завершение формирования секвестральной капсулы происходит примерно на 4–6 неделе в области верхней челюсти и на 6–8 неделе на области нижней;

при хроническом травматическом остеомиелите рентгенологически выявляется наличие размытой линии перелома челюсти (как результат предшествующей травмы) или элементы конструкции (например, микропластины или мини-пластины), иммобилизирующие отломки челюсти (как результат предшествующего остеосинтеза), в зоне очага деструкции челюстной кости;

8.4. клинические признаки острого остеомиелита челюсти:

при ограниченном остром остеомиелитарном процессе – интенсивная постоянная боль в области причинного зуба и прилежащего участка челюсти, которая может иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва; в случаях диффузного остеомиелита – разлитая боль в зубах, половине или всей челюсти, а также в половине лица и головы, симптомы общей интоксикации: повышение температуры тела, недомогание, слабость, потеря аппетита, плохой сон, нередко бессонница, изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека и инфильтрации окологлазничных тканей, возможно увеличение региональных лимфатических узлов на стороне поражения, причинный зуб или разрушен кариозным процессом, или под пломбой, может быть подвижным, перкуссия его болезненна, могут быть подвижны соседние интактные зубы, переходная складка преддверия полости рта в области очага поражения отечная, гиперемирована, пальпируется болезненный инфильтрат с флюктуацией на протяжении 2–3 и более зубов или сегмента челюсти с вовлечением альвеолярного отростка и отделов тела челюсти, возможно наличие «муфтообразного» инфильтрата с вестибулярной и оральной сторон челюсти;

при диффузной форме, а также при травматическом остеомиелите нижней челюсти возможно появление онемения нижней губы (симптом Венсана);

при остром травматическом остеомиелите челюстной кости может отмечаться выделение гнойного экссудата с неприятным запахом из зубодесневых карманов зубов, расположенных в щели перелома (такие зубы могут быть подвижны или разрушены) или из лунки ранее удаленного (при хирургической обработке линии перелома) зуба;

при остром травматическом остеомиелите при бимануальном исследовании определяется патологическая подвижность костных фрагментов челюсти, может отмечаться нарушение прикуса;

функциональные признаки острого остеомиелита челюсти – возможно ограничение открывания рта или болезненное глотание;

рентгенологические признаки острого остеомиелита челюсти:

рентгенологическая картина острого остеомиелита челюсти может проявляться только на 10–14 сутки от возникновения воспалительного процесса в виде очага остеопороза и деструктивных изменений костной ткани;

при травматическом остром остеомиелите – выявляется линия перелома челюстной кости;

лабораторные признаки острого остеомиелита челюсти: отмечается лейкоцитоз в периферической крови с увеличением палочкоядерных лейкоцитов; повышенная скорость оседания эритроцитов;

8.5. клинические признаки радиационного остеонекроза челюстной кости:

в анамнезе – проведенный курс рентгенотерапии по поводу злокачественной опухоли челюстно-лицевой локализации в суммарных дозах не менее 36–70 Гр или курс химиотерапии или ЛП группы бисфосфонатов;

ноющие боли в челюсти с возможной иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, появившиеся, как правило, после удаления зуба;

возможно наличие гипестезии нижней губы (симптом Венсана);

незаживающая лунка после удаления зуба с выступающим оголенным краем ее;

травмирование слизистой оболочки альвеолярного отростка съёмными и несъёмными ортопедическими конструкциями с последующим прогрессирующим обнажением костной ткани (окружающая слизистая оболочка как бы «сползает» с кости);

присоединившийся воспалительный процесс в лунке удаленного зуба или декубитальной язве, плохо поддающийся медикаментозному лечению и хирургическому лечению, нарастает, появляется выделение гнойного экссудата из оголенной кости, которая постепенно приобретает коричневый цвет;

прилежащие к очагу поражения мягкие ткани и слизистая оболочка инфильтрированы, пальпация их вызывает боль;

длительное волнообразное торпидное течение с обострениями, формирование и отделение секвестров происходит лишь через 3–4 месяца и позже;

после самостоятельного отделения секвестра процесс приобретает вялотекущий характер с низкой тенденцией к заживлению, вследствие чего могут возникать патологические переломы нижней челюсти;

функциональный признак радиационного остеонекроза челюстной кости – возможно ограничение открывания полости рта;

рентгенологические признаки радиационного остеонекроза челюстной кости:

рентгенологически на поздних сроках развития заболевания появляются остеопороз с выраженными зонами склероза вокруг него, участки деструкции, губчатые и корковые секвестры, но без четкой зоны демаркации между здоровой и пораженной костью, при этом характерной особенностью рентгенологической картины является отсутствие реакции надкостницы.

9. Для постановки или подтверждения диагноза осуществляются:

медицинский осмотр пациента: сбор анамнеза и жалоб пациента с выяснением срока развития воспалительного процесса челюсти, локализации, аллергологический анамнез, перенесенные и сопутствующие заболевания, внешний осмотр челюстно-лицевой области; визуальное исследование полости рта; определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти; пальпация околочелюстных тканей и региональных лимфатических узлов, зондирование свищевых ходов, перкуссия зубов, бимануальное исследование челюстей;

лабораторные и инструментальные исследования;

9.1. для пациентов с острым и хроническим периоститом:

обязательные: прицельная внутривидовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов;

дополнительные: рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, ортопантомография, конусно-лучевая компьютерная томография, ультразвуковое исследование мягких тканей околочелюстной области, электроодонтометрия, диагностическая пункция на наличие гнойного экссудата, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микробиологическое исследование материала на патогенную микрофлору из очага воспаления и ее чувствительность к антибиотикам цитологическое исследование пунктата;

9.2. для пациентов с секвестром челюсти (хроническим остеомиелитом):

обязательные: рентгенография челюсти боковая проекция или ортопантомография, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи,

микробиологическое исследование материала на патогенную микрофлору из очага воспаления и ее чувствительность к антибиотикам;

дополнительные: прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов, конусно-лучевая компьютерная томография, ультразвуковое исследование мягких тканей окологлазничной области, электроодонтометрия, зондирование свищей, пункционная биопсия в зоне патологического процесса, цитологическое исследование биопсийного материала;

9.3. для пациентов с острым остеомиелитом челюсти:

обязательные: рентгенография челюсти боковая проекция (при подозрении на наличие перелома – в фасной и боковой проекциях) или ортопантомография, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микробиологическое исследование материала на патогенную микрофлору из очага воспаления и ее чувствительность к антибиотикам;

дополнительные: прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов, конусно-лучевая компьютерная томография, ультразвуковое исследование мягких тканей окологлазничной области, электроодонтометрия, диагностическая пункция на наличие гнойного экссудата;

9.4. для пациентов с радиационным и медикаментозным остеонекрозом челюстной кости:

обязательные: рентгенография челюсти боковая проекция или ортопантомография, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микробиологическое исследование отделяемого на патогенную микрофлору из очага воспаления и ее чувствительность к антибиотикам;

дополнительные: прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография зубов, конусно-лучевая компьютерная томография, ультразвуковое исследование мягких тканей окологлазничной области, электроодонтометрия, зондирование свищей, биопсия в зоне патологического процесса, цитологическое исследование биопсийного материала;

врачебные консультации врачей-специалистов по профилю сопутствующей патологии или врачебные консилиумы.

10. На основании проведенных диагностических мероприятий и полученных данных проводят дифференциальную диагностику острого периостита челюсти с острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области: периодонтитом, остеомиелитом, нагноившейся кистой челюсти, перикоронаритом, тонзиллитом, абсцессом, флегмоной, лимфаденитом, слюноаденитом, синуситом, артритом височно-нижнечелюстного сустава, одонтогенной подкожной мигрирующей гранулемой, специфическими заболеваниями, рецидивом злокачественной опухоли.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

11. Лечение пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей направлено на: устранение одонтогенной причины заболевания или эндодонтическое лечение (чаще это возможно для однокорневых зубов, имеющих высокую функциональную ценность);

обеспечение оттока гнойного экссудата из очага воспаления;

купирование болевого симптома и острых воспалительных явлений в челюсти;

хирургическое удаление сформированных секвестров из очага остеонекроза челюсти;

предупреждение прогрессирования патологического процесса в периосте, челюстной кости и развития воспалительных осложнений в окологлазничных тканях и перехода острого процесса в хроническую форму.

12. Для лечения пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей проводятся обязательные и дополнительные лечебные мероприятия:

12.1. обязательными хирургическими лечебными мероприятиями у пациентов с острым одонтогенным периоститом челюсти без осложнений в амбулаторных условиях являются:

удаление причинного зуба (при невозможности или неэффективности консервативного эндодонтического или восстановительного лечения причинного зуба, или если зуб не представляет функциональной ценности);

хирургическая обработка гнойного очага – вскрытие и дренирование поднадкостничного абсцесса;

дополнительными лечебными мероприятиями (по медицинским показаниям) у пациентов с острым одонтогенным периоститом в амбулаторных условиях является эндодонтическое и последующее восстановительное лечение причинного зуба;

12.2. обязательными хирургическими лечебными мероприятиями у пациентов с хроническим периоститом челюсти без осложнений являются:

удаление причинного зуба (при невозможности или неэффективности консервативного эндодонтического и восстановительного лечения причинного зуба, или если зуб не представляет функциональной ценности);

хирургическая обработка гнойного очага (при простой форме) – вскрытие и дренирование очага хронического воспаления с инцизионной биопсией тканей надкостницы для последующего гистологического исследования;

дополнительными лечебными мероприятиями (по медицинским показаниям) у пациентов с хроническим периоститом челюсти являются:

эндодонтическое и последующее восстановительное лечение причинного зуба;

при рарефицирующей форме хронического периостита челюстей – иссечение пролиферативно измененной части надкостницы (с последующим гистологическим исследованием макропрепарата) и частичная остэктомия (сошлифовка) вновь образованной избыточной костной ткани на подлежащем кортикальном слое кости вместе с размягченными участками – проводится в стационарных условиях;

12.3. обязательными хирургическими лечебными мероприятиями у пациентов с острым остеомиелитом челюсти являются:

удаление причинного зуба (или зуба из щели перелома с ее ревизией при травматическом остеомиелите), если не был удален ранее;

хирургическая обработка гнойного очага – вскрытие и дренирование воспалительного инфильтрата;

при травматическом остеомиелите – бимаксилярное шинирование с межчелюстной тягой (при подвижности костных фрагментов, если не было проведено ранее);

дополнительными хирургическими лечебными мероприятиями пациентов с острым остеомиелитом челюсти (по медицинским показаниям) являются:

одновременное удаление зубов, прилежащих к остеомиелитарному процессу, с очагами хронической периапикальной инфекции и невозможностью их эндодонтического лечения;

при диффузной форме остеомиелита – компактостеотомия;

при невозможности обеспечить при травматическом остеомиелите межчелюстную иммобилизацию отломков челюсти ортопедическими методами или при их неэффективности, после купирования острых воспалительных явлений – открытая репозиция отломков нижней челюсти и чрезочаговый остеосинтез нижней челюсти системой мини-пластин или внеочаговый остеосинтез;

12.4. обязательными хирургическими лечебными мероприятиями у пациентов с секвестром челюстной кости, хроническим остеомиелитом являются:

удаление причинного зуба или зуба из щели перелома с ее ревизией (при травматическом остеомиелите, если не был удален ранее), поддерживающих воспаление в зоне секвестрации;

иссечение свищевых ходов, удаление сформированного секвестра (секвестрэктомия) с последующим гистологическим исследованием операционного материала;

при травматическом остеомиелите – бимаксилярное шинирование с межчелюстной тягой (если не было проведено ранее);

дополнительными хирургическими лечебными мероприятиями у пациентов с секвестром челюстной кости, хроническим остеомиелитом (по медицинским показаниям) являются:

удаление зубов, являющихся очагами хронической одонтогенной инфекции;

при сохранении патологической подвижности костных фрагментов челюсти или ее увеличении во время секвестрэктомии при травматическом остеомиелите – чрезочаговый остеосинтез челюсти системой мини-пластин или внеочаговый метод остеосинтеза;

при больших костных дефектах, угрожающих нарушением непрерывности челюстной кости – одномоментная реконструктивно-восстановительная операция: устранение постсеквестрального дефекта с помощью костного аутотрансплантата с кортикальным слоем;

12.5. обязательными хирургическими лечебными мероприятиями у пациентов с радиационным, медикаментозным остеонекрозом челюстной кости являются:

в сроки до 2–4 недель после удаления зуба (на начальной стадии развития воспалительного процесса радиационного остеонекроза челюстной кости) – ревизия лунки ранее удаленного зуба;

дополнительными хирургическими лечебными мероприятиями у пациентов с радиационным, медикаментозным остеонекрозом челюстной кости (по медицинским показаниям) являются:

удаление зубов (эндодонтическое лечение которых невозможно или неэффективно, или зуб не представляет функциональной ценности), находящихся в зоне секвестрации остеонекроза и поддерживающих воспаление;

иссечение свищевых ходов, удаление сформированного секвестра (секвестрэктомия) с последующим гистологическим исследованием операционного материала;

частичная остэктомия (альвеолэктомия) выступающего оголенного участка края стенки альвеолы.

13. По неотложным медицинским показаниям, пациентам с отягощенным аллергологическим анамнезом на местные анестетики или с сопутствующей тяжелой общесоматической патологией в стадии декомпенсации (в период первых 6 месяцев после перенесенного пациентом инфаркта миокарда или инсульта, декомпенсированном состоянии: сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, течения бронхиальной астмы, сахарного диабета, коагулопатиях, психических пограничных состояниях и другие), при которых во время проведения хирургического вмешательства возможно прогнозирование возникновения угрожающих жизни пациента ситуаций, требующих неотложных лечебных или реанимационных мероприятий соответствующих специалистов узкого профиля – оказание хирургической стоматологической помощи амбулаторного объема может проводиться в условиях приемного отделения или гнойного отделения челюстно-лицевой хирургии больничной организации здравоохранения.

14. В ходе лечения пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей применяются следующие ЛП:

ЛП для местной анестезии согласно приложению 1;

антибактериальные ЛП для системного применения для подавления патогенной микрофлоры, периоперационной антибиотикопрофилактики и профилактики инфекционно-воспалительных осложнений согласно приложению 2;

растворы для парентерального питания для дезинтоксикационной терапии согласно приложению 3;

антигистаминные ЛП для медикаментозной десенсибилизации согласно приложению 4;

нестероидные противовоспалительные ЛП для уменьшения воспалительной реакции и снижения болевого симптома согласно приложению 5;

антисептики и дезинфицирующие ЛП с целью местной лекарственной терапии гнойных ран согласно приложению 6.

15. Критерии эффективности лечения пациентов с острым одонтогенным периоститом челюсти без осложнений:

уменьшение или исчезновение болевого симптома (в том числе при пальпации);

уменьшение размеров и ликвидация воспалительного инфильтрата;

уменьшение или отсутствие отека и гиперемии слизистой оболочки переходной складки преддверия полости рта;

уменьшение и прекращение выделения экссудата из раны и последующее ее заживление вторичным натяжением;

последующая консолидация перелома челюстной кости (при травматическом остеомиелите).

16. До купирования острых воспалительных явлений следует придерживаться умеренной интенсивности физических нагрузок.

17. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях после проведенного лечения по поводу острых воспалительных заболеваний челюстей осуществляет врач-стоматолог-хирург территориальной амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения с периодичностью 1 раз в месяц в течение 3 месяцев, после этого пациент в дальнейшем медицинском наблюдении не нуждается, по поводу хронических воспалительных заболеваний челюстей – с периодичностью 1 раз в месяц в течение первых 3 месяцев, далее 1 раз в 3 месяца в течение 1 года; с радиационным, медикаментозным челюстной кости – с периодичностью 1 раз в месяц в первые 3 месяца, затем 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет и 1 раз в год постоянно.

При остром периостите после выздоровлении и отсутствии осложнений пациент в дальнейшем медицинском наблюдении не нуждается.

Приложение 1

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение пациентов

(взрослое население) с воспалительными заболеваниями челюстей»

ЛП для местной анестезии, применяемые при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения ЛП, режим дозирования
1	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)	Местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая). ЛП предназначен для инъекционного применения в ротовой полости и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры взрослым можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела
2	Лидокаин	Раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 5 мл; раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 2 мл	Местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая). Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛП следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза для взрослых не должна превышать 300 мг

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с воспалительными
заболеваниями челюстей»

**Антибактериальные ЛП для системного применения, используемые при лечении
пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения ЛП, режим дозирования
1. J01D Прочие бета-лактамы антибиотики			
1.1	Цефазолин	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг. Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг. Порошок разводится на растворе натрия хлорида 9 мг/мл	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Вводят внутримышечно или внутривенно (струйно или капельно). Обычная доза 1–2 г в сутки, которые вводят в 2–3 приема каждые 8 или 12 часов. Предоперационная антибиотикопрофилактика: внутривенно струйно в дозе 2 г при весе пациента меньше 120 кг или 3 г при весе пациента более 120 кг
1.2	Цефалексин	Капсулы 250 мг; капсулы 500 мг	Режим дозирования устанавливают индивидуально с учетом тяжести течения, локализации инфекции и чувствительности возбудителя. Для большинства инфекций: 500 мг каждые 8 часов или 1 г каждые 12 часов внутрь, за 30–60 мин до еды, запивая водой. Максимальная суточная доза – 4 г. Продолжительность курса лечения – 7–14 дней. При инфекциях, вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А, минимальная продолжительность лечения составляет 10 дней
1.3	Цефепим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг во флаконах; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг во флаконах	Режим дозирования устанавливают индивидуально в зависимости от чувствительности возбудителя, тяжести инфекции, возраста пациента, от состояния функции почек. Цефепим вводится внутривенно (медленно не менее 30 минут) 1–2 г каждые 8–12 часов. Внутривенный путь введения предпочтителен для пациентов с тяжелыми или угрожающими жизни инфекциями, особенно при угрозе шока. Для приготовления раствора используют раствор натрия хлорида 9 мг/мл для инъекций, стерильная вода для инъекций. Продолжительность лечения составляет 7–14 дней
1.4	Цефотаксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенных и внутримышечных инъекций 1 г во флаконах; порошок для приготовления раствора для внутривенного	Режим дозирования устанавливается в зависимости от тяжести и вида инфекции, возраста, массы тела и функции почек. Предназначен для парентерального введения, внутримышечно или внутривенно. Содержимое флакона 1 г

		и внутримышечного введения 0,5 г во флаконах	растворяют водой для инъекций (4 мл при внутримышечной инъекции, 100 мл при внутривенной инфузии). При инфекциях легкой и средней степени тяжести по 1 г каждые 12 часов. При тяжелом течении инфекции суточную дозу, разделенную на 3–4 введения, можно увеличить до 12 г. Продолжительность курса лечения – 7–10 дней
1.5	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 ч. 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
2. J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограминны			
2.1	Кларитромицин	Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий 500 мг во флаконах в комплекте с растворителем (вода для инъекций в ампулах 10 мл); порошок для приготовления 100 мл суспензии 125 мг/5 мл во флаконах; порошок для приготовления 60 мл суспензии 125 мг/5 мл во флаконах	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Суточная доза для внутривенного введения составляет 500 мг 2 раза в сутки (каждое введение осуществляется после разведения соответствующим растворителем до концентрации 2 мг/мл в виде инфузии в течение 60 минут). Длительность лечения зависит медицинских показаний (7–14 дней). Коррекция дозы требуется у пациентов с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин
3. J01M Антибактериальные средства, производные хинолона			
3.1	Ципрофлоксацин	Раствор для инфузий 2 мг/мл в бутылках стеклянных 100 мл; раствор для инфузий 0,8 мг/мл в полимерных контейнерах; раствор для инфузий 2,0 мг/мл в полимерных контейнерах	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Внутривенно: 400 мг 2 раза в сутки. Продолжительность внутривенной инфузии 60 минут. Общая продолжительность лечения 7–14 дней
4. J01XA Гликопептидные антибактериальные средства			
4.1	Ванкомицин	Лиофилизированный порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 500 мг, 1000 мг; порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг, 1000 мг	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. ЛП вводится внутривенно капельно в течение 30–60 минут по 0,5 г 4 раза в сутки или по 1,0 г 2 раза в сутки. Перед введением ЛП разводится в не менее, чем в 200 мл 5 % раствора глюкозы или раствора натрия хлорида 9 мг/мл. Максимальная концентрация ЛП в плазме крови не должна превышать 25–40 мг/мл. Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)

5. J01XD Производные имидазола			
5.1	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	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)

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с воспалительными
заболеваниями челюстей»

Растворы для парентерального питания, используемые для дезинтоксикационной терапии при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей

№ п/п	Международное непатентованное наименование раствора	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Декстроза	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 50 мг/мл, 10 мг/мл	При дезинтоксикационной терапии внутривенно капельно по 400 мл 5 % или 10 % раствора (с добавлением в раствор инсулина простого из расчета 1 МЕ на 4 г глюкозы) капельно 1–2 раза в сутки, до купирования симптомов интоксикации

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с воспалительными
заболеваниями челюстей»

Антигистаминные ЛП для системного применения, используемые при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
R06A Антигистаминные средства для системного применения			
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 в сутки. При внутримышечном введении взрослым разовая доза составляет 20 мг (1 мл), суточная – 40 мг (2 мл). Средняя продолжительность назначения 5–8 дней
2	Цетиризин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 10 мг	Взрослым назначают по 10 мг в сутки. Средняя продолжительность назначения 5–8 дней
3	Лоратадин	Таблетки 10 мг	Внутрь взрослым 10 мг 1 раз в сутки. Средняя продолжительность назначения 5–8 дней

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с воспалительными
заболеваниями челюстей»

**Нестероидные противовоспалительные ЛП, используемые при лечении пациентов
с воспалительными заболеваниями челюстей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения ЛП, режим дозирования
M01A Нестероидные противовоспалительные препараты			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг. Порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь 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 взрослых 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). Взрослым 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, 400 мг; капсулы 200 мг, 400 мг; суспензия для приема внутрь 20 мг/мл	Ибупрофен назначают взрослым 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 ЛП уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛП). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза составляет 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 ч. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с воспалительными
заболеваниями челюстей»

Антисептики и дезинфицирующие ЛП для местной лекарственной терапии гнойных ран, используемые при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения ЛП, режим дозирования
1. D08A Антисептики и дезинфицирующие препараты			
1.1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл	Применяется местно для инстилляций и ирригации ран в полости рта и лунок удаленных зубов – 5–10 мл раствора 2–3 раза в сутки. Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий ЛП следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
1.2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах	Местно для инстилляций и ирригации ран в полости рта и лунок удаленных зубов используется раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:1) при перевязках, оперативных вмешательствах из шприца по 3–5 мл раствора. Длительность применения устанавливают индивидуально
1.3	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Используется местно для инстилляций и ирригации ран в полости рта и лунок удаленных зубов – 5–10 мл 0,01–0,02–0,1 % водного раствора 2–3 раза в сутки. Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки (используется приготовленный раствор, который разводится прокипяченной остывшей питьевой водой до слабо-розового цвета; или 1–2 кристалла порошка на 200 мл прокипяченной остывшей питьевой воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
1.4	Метранидазол, хлоргексидин диглюконат	Гель стоматологический, туба 20 г для наружного применения	Используется местно для аппликаций на поверхность ран или лунок удаленных зубов в полости рта при перевязках или самостоятельно пациентом (наносится 0,5–1 см геля на марлевом или ватном тампоне на 15 минут 2–3 раза в день). Количество процедур индивидуально до купирования острых воспалительных явлений