

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра
_____ Д.Л. Пиневиц



_____ 2019

Регистрационный № 017-0319

МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ФЛЕГМОНОЙ
ЛИЦА

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет», УО «Белорусский
государственный медицинский университет», ГУО «Белорусская
медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: д.м.н., профессор И.О. Походенько-Чудакова, к.м.н., доцент А.А.
Кабанова, д.м.н., профессор А.П. Сиваков, к.м.н., доцент С.А. Кабанова,
к.м.н., доцент Ф.В. Плотников, В.Р. Титов

Витебск, 2019

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д. Л. Пиневич

25.04.2019

Регистрационный № 017-0319

**МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНЕННЫМ
ФЛЕГМОНОЙ ЛИЦА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», УО «Белорусский государственный медицинский университет», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. И. О. Походенько-Чудакова, канд. мед. наук, доц. А. А. Кабанова, д-р мед. наук, проф. А. П. Сиваков, канд. мед. наук, доц. С. А. Кабанова, канд. мед. наук, доц. Ф. В. Плотников, В. Р. Титов

Витебск 2019

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) представлен метод комплексного лечения пациентов с остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной лица, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Метод предназначен для врачей-рефлексотерапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-челюстно-лицевых хирургов, врачей-оториноларингологов организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Для выполнения метода требуются:

медицинские изделия и лекарственные средства для анестезиологического пособия;

медицинские изделия и лекарственные средства для хирургической обработки ран;

антисептики: йодопирон, 3 % перекись водорода, 70 % этиловый спирт, 30 % водный раствор димексида, лекарственные средства, содержащие 4 % изопропиловый спирт;

система для вакуумной терапии ран (пористый материал с диаметром пор 400–1200 мкм, неспадающаяся трубка, покрытие хирургическое антимикробное разрезаемое, источник вакуума);

аппарат электрорефлексотерапии (ЭРТ).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Остеомиелит челюсти, осложненный флегмоной лица (K10.21, L03.2).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Кровотечение (T81.0).
2. Фибрилляция и трепетание предсердий (I48).
3. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10-I15).
4. Инфаркт миокарда (I21).
5. Новообразования (C00-D48).
6. Боль неуточненная (R52.9).
7. Острые и преходящие психотические расстройства (F23).
8. Однократное острое опьянение (F10.0).
9. Эпилепсия (G40).

10. Иные противопоказания, соответствующие таковым для медицинского применения медицинских изделий и лекарственных средств, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Этап 1. Под общим обезболиванием осуществлять первичную хирургическую обработку (ПХО) гнойного очага.

Этап 2. На 2–3 сут после ПХО гнойного очага в область раны фиксировать систему для вакуумной аспирации на 3–4 сут:

обработать операционное поле;

в рану до уровня ее дна ввести трубку, укрыть рану пористым материалом;

обработать кожу вокруг раны 70 % этиловым спиртом для обезжиривания, герметично закрыть раневой дефект хирургическим антимикробным разрезаемым покрытием;

подсоединить неспадающую дренажную трубку к источнику вакуума, на котором выставить уровень отрицательного давления — 125 мм рт. ст.;

через трубку для ирригации наладить промывание раны 30 % раствором димексида со скоростью 30 капель в мин, при индивидуальной непереносимости заменить димексид на лекарственные средства, содержащие 4 % раствор изопропилового спирта.

Этап 3. После снятия вакуумной повязки проводить ЭРТ. В настоящей инструкции воздействие осуществляют на корпоральные и аурикулярные акупунктурные точки (АТ) следующих каналов тела человека: легких (P), толстой кишки (GI), желудка (E), сердца (C), тонкой кишки (IG), почек (R), перикарда (MC), трех обогревателей (TR), желчного пузыря (VB).

Для воздействия на перечисленных каналах определены следующие корпоральные АТ. Широкого спектра действия: *P7, GI4, GI11, E36, TR5, MC6, VB20*. Другие корпоральные АТ: *P6, P9, P11, GI1, GI6, GI10, E41, E44, E45, C3, C7, C9, IG1, R1, R3, MC4, MC8, MC9, TR1, TR9, VB34, VB38, VB44*.

Определение АТ осуществляют в соответствии общепринятыми методами с учетом анатомо-топографических ориентиров и с использованием пропорциональных отрезков (ПО).

Приводим локализацию АТ:

P5 локализуется в центре складки локтевого сгиба у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча;

P6 — на ладонной поверхности предплечья выше лучезапястной складки на 7 ПО; у внутреннего края плечелучевой мышцы, на линии, соединяющей точки *P5* и *P9*;

P7 — на лучевой стороне предплечья чуть выше шиловидного отростка, где пальпируется углубление, выше лучезапястной складки на 1,5 ПО;

P9 — у лучевого конца проксимальной лучезапястной складки, где пальпируется углубление и пульсация лучевой артерии, чуть ниже шиловидного отростка лучевой кости;

P11 — на пересечении перпендикулярных прямых, восстановленных через лучевой край ногтевого ложа I пальца и основание ногтевого ложа;

GI1 — на пересечении перпендикулярных прямых, восстановленных через лучевой край ногтевого ложа II пальца и основание ногтевого ложа;

G14 — в первом межпальцевом промежутке на уровне вершины кожной складки при приведенном I пальце, в точке наибольшего возвышения первой межкостной мышцы;

G16 — на тыльной поверхности предплечья с лучевой стороны на 3 ПО выше анатомической табакерки, где пальпируется небольшое углубление;

G110 — на тыльной поверхности предплечья с лучевой стороны ниже точки *G111* на 2 ПО у заднего края длинного лучевого разгибателя и переднего края короткого лучевого разгибателя кисти;

G111 — у наружного края локтевого сгиба (на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе), т. е. в самой крайней точке складки локтевого сгиба (рисунок 1);

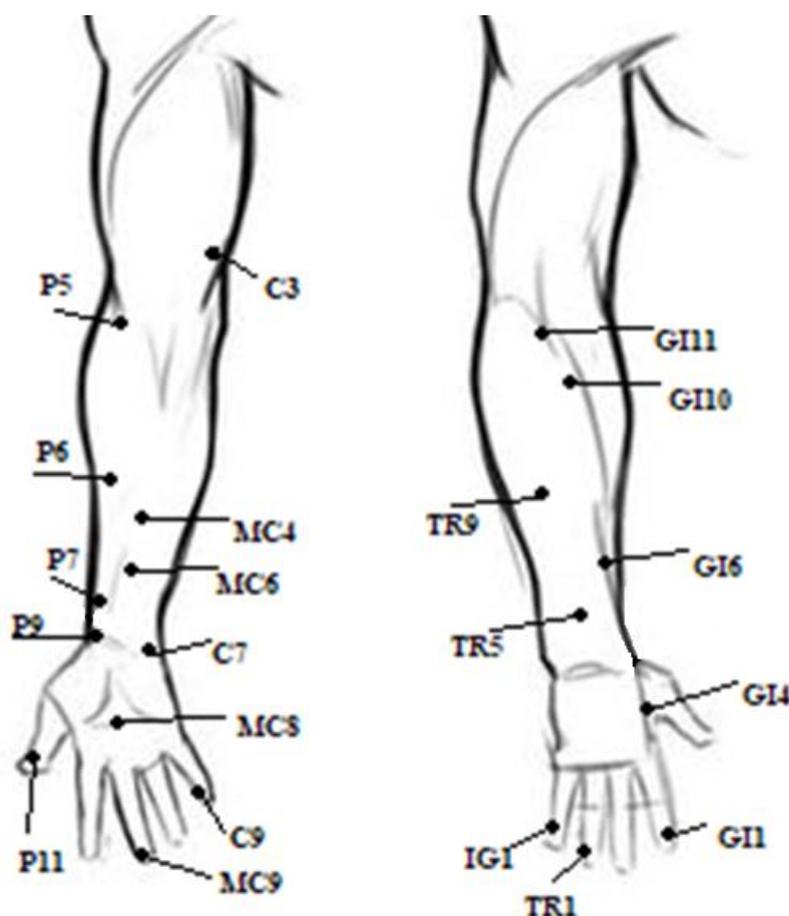


Рисунок 1. — Схема расположения АТ на «ручных» каналах

E36 — ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 3 ПО у наружного края передней большеберцовой мышцы;

E41 — на тыльном сгибе стопы на 1,5 ПО кзади от самого возвышенного участка тыла стопы, где пальпируется углубление, на одной линии со II пальцем;

E44 — кпереди от II и III плюснефаланговых суставов;

E45 — на пересечении перпендикулярных прямых, восстановленных через основание ногтевого ложа II пальца стопы и через наружный край ногтевого ложа (рисунок 2);

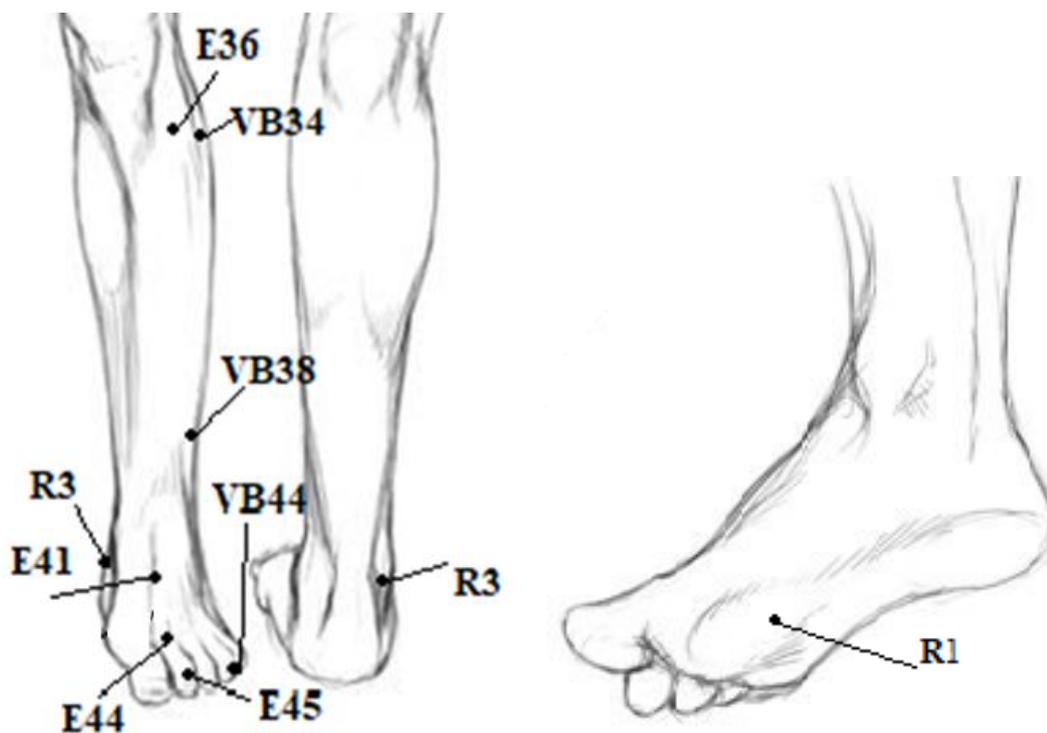


Рисунок 2. — Схема расположения АТ на «ножных» каналах

C3 — на складке локтевого сгиба в середине расстояния между внутренним концом складки и внутренним надмышечком плечевой кости;

C7 — у локтевого края лучезапястной складки рядом с лучевой стороной сухожилия мышцы локтевого сгибателя кисти;

C9 — у лучевого края ногтевого ложа V пальца выше от угла ногтя на 0,3 см;

IG1 — на пересечении перпендикулярных прямых, восстановленных через основание ногтевого ложа V пальца и через локтевой край ногтевого ложа (рисунок 1);

R1 — в центре подошвы в ямке между II и III плюсневыми костями на уровне 2/5 расстояния от конца II пальца до заднего конца пятки;

R3 — во впадине выше пяточной кости между медиальной лодыжкой и ахилловым сухожилием (рисунок 2);

MC4 — выше проксимальной лучезапястной складки на 5 ПО между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья;

MC6 — выше проксимальной лучезапястной складки на 2 ПО между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья;

MC8 — на середине ладони между III и IV пястными костями;

MC9 — на конце (в середине) ногтевой фаланги III пальца, отступив от ногтя 0,3 см;

TR1 — на пересечении двух перпендикулярных прямых восстановленных через основание ногтевого ложа IV пальца и через локтевой край ногтевого ложа;

TR5 — на тыльной поверхности предплечья выше проксимальной лучезапястной складки сустава на 2 ПО у лучевого края общего разгибателя пальцев;

TR9 — на тыльной поверхности предплечья, ниже локтевого отростка на 5 ПО в углублении между локтевой и лучевой костями, выше тыльной складки лучезапястного сустава на 7,5 ПО (рисунок 1);

VB20 локализуется под затылочной костью выше задней границы роста волос на 1 ПО в ямке у наружного края трапецевидной мышцы, где пальпируется углубление (рисунок 3);

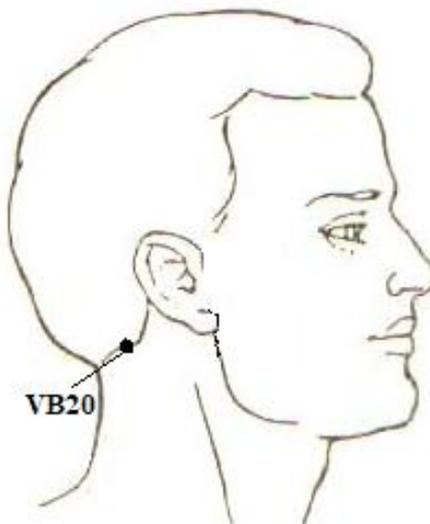


Рисунок 3. — Схема расположения АТ VB20

VB34 — во впадине у переднего края головки малоберцовой кости ниже нижнего края коленной чашечки на 2 ПО;

VB38 — выше центра латеральной лодыжки на 4 ПО и кпереди на 1 см у переднего края малоберцовой кости;

VB44 — на пересечении перпендикулярных прямых, восстановленных через основание ногтевого ложа IV пальца стопы и наружный край ногтевого ложа (рисунок 2).

Аурикулярные АТ (точки соответствуют проекциям частей тела и внутренних органов на ушной раковине): *AP5*, *AP6*, *AP95*, *AP97*, *AP100*, *AP101*.

AP5 локализуется в центре III квадранта мочки уха;

AP6 — во III квадранте мочки уха;

AP95 — в середине верхней части полости ушной раковины под нижней ножкой противозавитка;

AP97 — латерально в глубине верхней части полости ушной раковины рядом с противозавитком;

AP100 — в центре нижней части раковины в самом вогнутом участке дна раковины;

AP101 — область двух точек *AP101* concentrically окружает область точки *AP100* (рисунок 4);

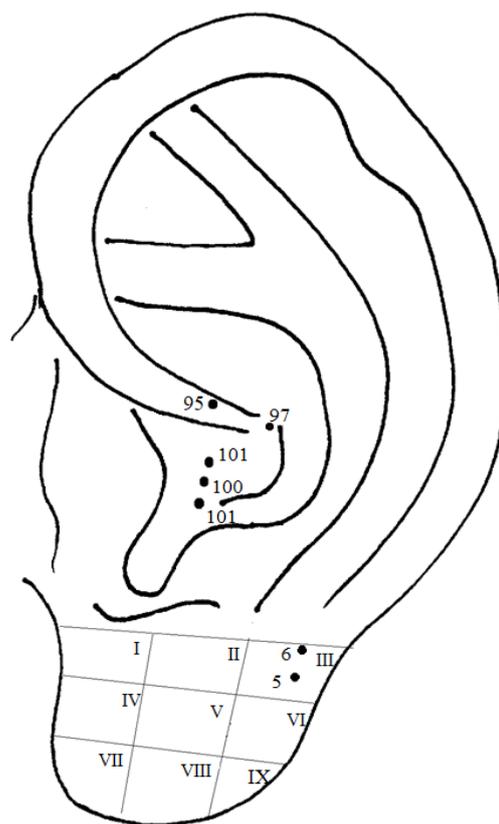


Рисунок 4. — Схема локализации аурикулярных АТ

Обязательным условием метода является тесное взаимодействие врачей-специалистов (врача-стоматолога-хирурга, врача-челюстно-лицевого хирурга, врача-оториноларинголога и врача-рефлексотерапевта).

После ПХО гнойно-воспалительного очага врач-стоматолог-хирург, врач-челюстно-лицевой хирург, врач-оториноларинголог с учетом обозначенных выше показаний и противопоказаний к методу назначает пациенту консультацию врача-рефлексотерапевта.

Врач-рефлексотерапевт начинает работу с пациентом, определяя индивидуальный подход к каждой конкретной клинической ситуации с соблюдением следующих позиций.

Курс лечения включает 10 процедур, выполняемых ежедневно.

ЭРТ начинают с корпоральных точек. Воздействовать следует на точки, расположенные на каналах тела, наружный и внутренний ход которых проецируется на заинтересованную область.

На одну процедуру определяют 6 АТ (4 — корпоральные, в т. ч. одну широкого спектра действия, и 1–2 аурикулярные).

Воздействие следует осуществлять последовательно, устанавливая выносной точечный электрод аппарата электрорефлексотерапии на кожную проекцию симметричных АТ.

Вначале воздействуют на точки, локализованные на стороне поражения, затем — на АТ противоположной стороны. Первыми следует использовать АТ широкого спектра действия, затем другие корпоральные точки. Завершать процедуру следует воздействием на аурикулярные АТ.

Длительность воздействия на одну корпоральную АТ составляет 3 мин, на аурикулярную АТ — 30 с. Суммарная продолжительность процедуры не должна превышать 30 мин.

Воздействие на кожную проекцию АТ осуществляют стабильным контактным методом при переменном токе с биполярной гармонической затухающей по экспоненте формой импульса частотой 77 Гц.

Корпоральную АТ широкого спектра действия — *VB20* и аурикулярные точки включают в ежедневный рецепт только после того, как послеоперационные раны очистились от некротических масс и начался рост грануляций. Последнее устанавливает во время ежедневных перевязок врач-стоматолог-хирург, врач-челюстно-лицевой хирург, врач-оториноларинголог и сообщает об этом врачу-рефлексотерапевту.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Возможные осложнения и ошибки при проведении вакуумной терапии: при отсутствии герметичности в области раны не будет создаваться отрицательное давление, что требует более тщательной фиксации повязки; кровотечение из раны, которое может быть купировано стандартными методами остановки кровотечения.

ЭРТ не рекомендуется использовать у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами, а также сочетать с применением:

- физиотерапевтических процедур;
- психотропных лекарственных средств;
- ганглиоблокаторов;
- гормональных лекарственных средств;
- местных анестетических средств.

При появлении вегетативных реакций (обморок, головокружение, повышенная потливость, снижение артериального давления) следует немедленно прекратить процедуру и назначить симптоматическое лечение по показаниям.