

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

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, представленный в настоящей инструкции, предназначен для врачей-специалистов: врачей-рефлексотерапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-челюстно-лицевых хирургов, врачей-оториноларингологов организаций здравоохранений, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

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

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- кровотечение (T81.0);
- фибрилляция и трепетание предсердий (I48);
- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10-I15);
- инфаркт миокарда (I21);
- новообразования (C00-D48);
- боль неуточненная (R52.9);
- острые и преходящие психотические расстройства (F23);
- однократное острое опьянение (F10.0);

- эпилепсия (G40);
- иные противопоказания, соответствующие таковым для медицинского применения медицинских изделий и лекарственных средств, необходимых для реализации метода, изложенного в настоящей инструкции.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ РЕАКТИВОВ И Т.Д.

Для выполнения метода требуется:

- медицинские изделия и лекарственные средства для анестезиологического пособия;
- медицинские изделия и лекарственные средства для проведения 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 микрометров, неспадающаяся трубка, покрытие хирургическое антимикробное разрезаемое, источник вакуума);
- аппарат электрорефлексотерапии.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ

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

2 этап. На 2-3 сутки после ПХО гнойного очага в область раны фиксировать систему для вакуумной аспирации на 3-4 суток:

- 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 минуту, при индивидуальной непереносимости заменить димексид на лекарственные средства, содержащие 4% раствор изопропилового спирта.

3 этап. После снятия вакуумной повязки проводить электрорефлексотерапию (ЭРТ). В настоящей инструкции воздействие осуществляют на корпоральные и аурикулярные акупунктурные точки (АТ) следующих каналов тела человека: легких (Р), толстой кишки (GI), желудка (Е), сердца (С), 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 АТ: 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 локализуется на ладонной поверхности предплечья выше лучезапястной складки на 7 ПО; у внутреннего края плечелучевой мышцы, на линии, соединяющей точки *P5* и *P9*;

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

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

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

G11 локализуется на пересечении перпендикулярных прямых восстановленных через лучевой край ногтевого ложа II пальца и основание ногтевого ложа.

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

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

G110 локализуется 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 локализуется у наружного края локтевого сгиба (на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе), то есть в самой крайней точке складки локтевого сгиба (рисунок 1).

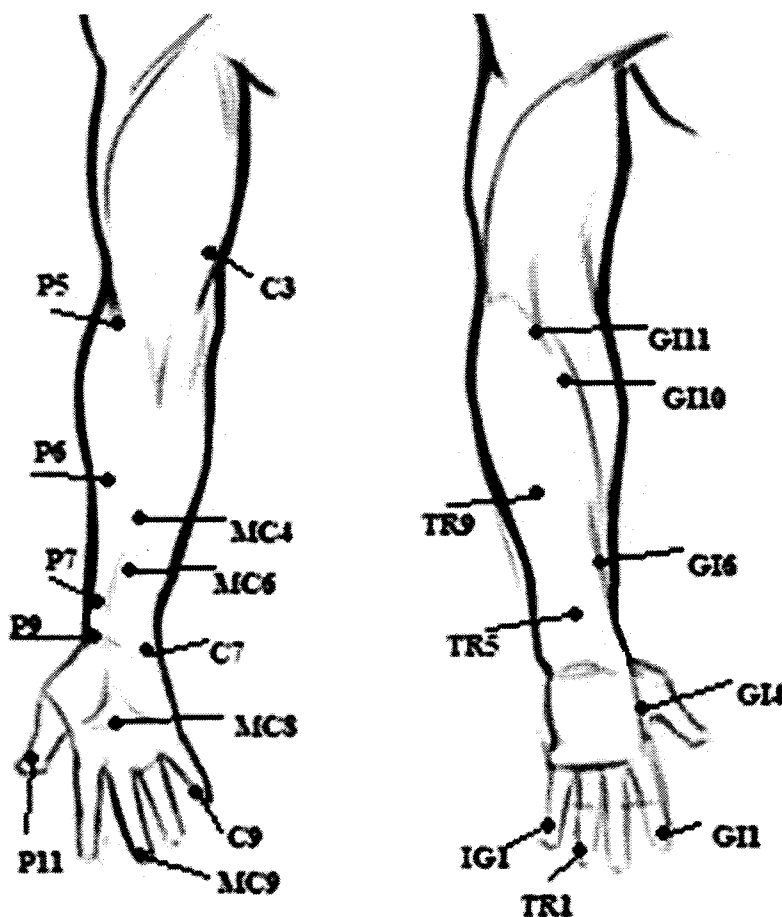


Рисунок 1 – Схема расположения АТ на «ручных» каналах

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

E41 локализуется 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 локализуется кпереди от II и III плюснефаланговых суставов;

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

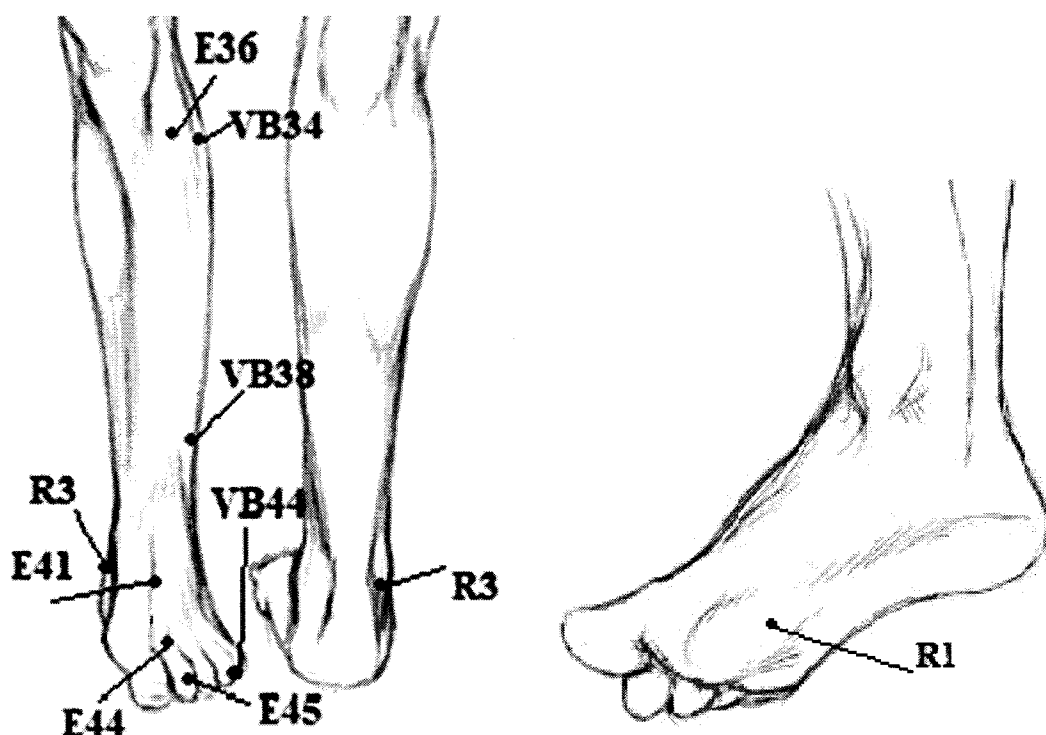


Рисунок 2 – Схема расположения АТ на «ножных» каналах

C3 локализуется на складке локтевого сгиба, в середине расстояния между внутренним концом складки и внутренним надмыщелком плечевой кости;

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

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

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

R1 локализуется 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 локализуется во впадине выше пяточной кости, между медиальной лодыжкой и ахилловым сухожилием (рисунок 2);

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

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

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

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

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

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

TR9 локализуется 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);

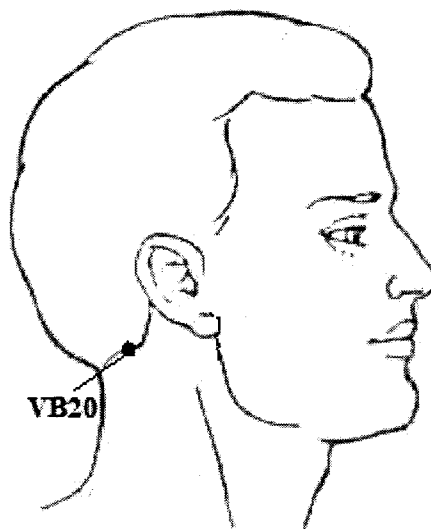


Рисунок 3 – Схема расположения АТ *VB20*

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

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

VB44 локализуется 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-го квадранта мочки уха;

AP6 локализуется во III-ем квадранте мочки уха;

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

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

AP100 локализуется в центре нижней части раковины, в самом вогнутом участке дна раковины;

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

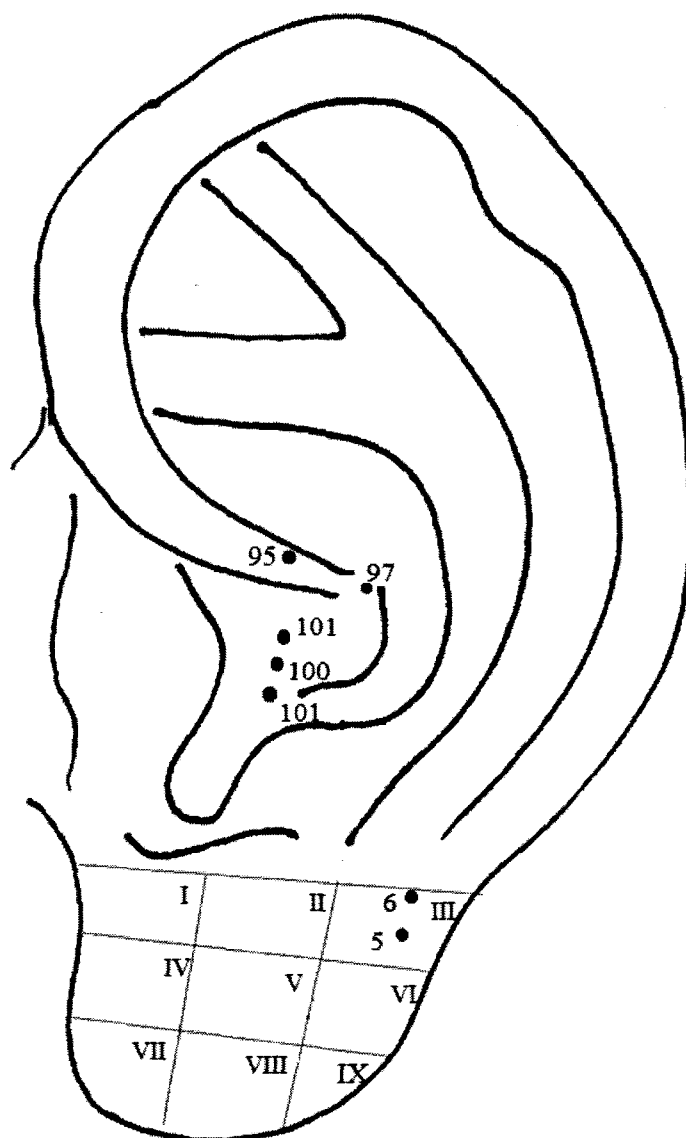


Рисунок 4 - Схема локализации аурикулярных АТ

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

Осуществив 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 в заинтересованную область.

На одну процедуру определяют 6 АТ (4 – корпоральные, в том числе 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 минуты, на аурикулярную АТ – 30 секунд. Суммарная продолжительность процедуры не должна превышать 30 минут.

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 И 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.

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

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

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