

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
17 квітня 2025 року № 666

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НЕВОГНЕПАЛЬНІ ТРАВМИ М'ЯКИХ
ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Загальна частина

Діагноз: Забій м'яких тканин, гематома, садно, різана рана, скальпована рана, укушена рана, рвана рана, розчавлена рана, колота рана, рубана рана (електротравма, опіки та вогнепальні поранення розглянуті в окремих стандартах).

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

S00 Поверхнева травма голови

S00.5 Поверхнева травма губи та ротової порожнини

S00.7 Множинні поверхневі травми голови

S01 Відкрита рана голови

S01.4 Відкрита рана щоки та скронево-нижньощелепної ділянки

S01.5 Відкрита рана губи та ротової порожнини

S01.7 Множинні відкриті рани голови

S07 Роздавлювання голови

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Копчак Андрій Володимирович	завідувач кафедри щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Аветіков Давид Соломонович	професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно- лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шийї Полтавського державного медичного університету;
Астапенко Олена Олександрівна	професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно- лицевої хірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Варес Ян Евальдович	завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно- лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
Дубнов Артем Васильович	щелепно-лицевий хірург, заступник голови Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування (за згодою);
Нагірний Ярослав Петрович	завідувач кафедри хірургічної стоматології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського;
Тимофєєв Олексій Олександрович	завідувач кафедри щелепно-лицевої хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;

Чепурний Юрій Володимирович	професор кафедри щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Єфіменко Владислав Петрович	завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти:

Гулюк Анатолій Георгійович	завідувач кафедри хірургічної стоматології Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор;
Матрос-Таранець Ігор Миколайович	директор медичного клінічного центру Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор.

Дата оновлення –2029 рік

Список скорочень

ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
ПХО	первинна хірургічна обробка рани
СМД	стандарт медичної допомоги
ТМТ	травма м'яких тканин
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 662/20975
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція щодо заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982
Форма № 043/о	форма первинної облікової документації № 043/о «Медична карта стоматологічного хворого №_» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 678/20991

Розділ I. Організація надання медичної допомоги при невогнепальних травмах м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування невогнепальних травм м'яких тканин (далі - ТМТ) щелепно-лицевої ділянки здійснюється у закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу. Лікарі: стоматологи, стоматологи дитячі, стоматологи-хірурги, хірурги щелепно-лицеві мають бути обізнані щодо основних клінічних проявів ТМТ з метою їх ранньої діагностики, першої допомоги та призначення раціонального лікування пацієнтам для запобігання розвитку ускладнень. Лікування пацієнтів із ТМТ потребує залучення спеціалістів із відповідним рівнем кваліфікації та підготовки в галузі щелепно-лицевої хірургії та/або хірургічної стоматології, й залежно від клінічної ситуації проводиться в умовах стаціонарних або амбулаторних лікувальних закладів.

Медична допомога пацієнтам з ТМТ може потребувати міждисциплінарної взаємодії та інтегрованого ведення хворого мультидисциплінарною командою, до складу якої можуть бути залучені фахівці з нейрохірургії, оториноларингології, офтальмології, судинної та загальної хірургії, пластичної хірургії, радіології, анестезіології та інтенсивної терапії, а також інші фахівці з відповідною кваліфікацією.

При діагностиці, документуванні та лікуванні ТМТ пов'язаних із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру в тому числі пов'язаних із домашнім насильством необхідно дотримуватись наказу Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2015 року №1452/735 «Про Затвердження Інструкції про порядок виявлення ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 листопада 2015 року за № 1413/27858.

Лікарем після проведеного лікування ТМТ мають бути надані рекомендації щодо подальшого спостереження та догляду в амбулаторних/домашніх умовах, що спрямовані на запобігання ускладнень та сприяння кращому загоєнню рани.

2. Обґрунтування

ТМТ залишаються одним з найбільш поширених видів травматичних пошкоджень голови та шиї, що виникають унаслідок дорожньо-транспортних пригод, спортивних занять, падіння, побоїв та бійок, а також травми на виробництві. ТМТ виявляють у дітей та дорослих. Вони можуть бути ізольованими, а також поєднуватись з травмою кісток лицевого черепа, органу зору, скелетною та черепно-мозковою травмою. ТМТ можуть призвести до небезпечних для життя ускладнень та значних естетичних і функціональних порушень, таких як порушення жування, ковтання, дихання, нюху, міміки та мовлення. Окрім того, у пацієнта може розвинутих хронічний больовий синдром, а залишкові посттравматичні дефекти часто стають причиною психоемоційних розладів.

У зв'язку з цим своєчасна та точна діагностика ТМТ та їх правильне лікування, спрямоване на усунення/зменшення естетичних та функціональних порушень, а також скорочення термінів непрацездатності мають велике медико-соціальне значення.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнтів з ТМТ;

2) існує задокументований індивідуальний план допомоги, узгоджений з пацієнтом і, за згодою, членами сім'ї/законними представниками, доступний мультидисциплінарній команді та містить інформацію щодо діагнозу пацієнта, його стан, лікувальні та інші необхідні заходи;

3) пацієнти та, за згодою, члени сім'ї/законні представники, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, плану лікування і подальшого спостереження, контактів для отримання додаткової інформації та консультації;

4) забезпечення невідкладного інформування органів і підрозділів поліції про факт звернення/доставлення в ЗОЗ осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру (вогнепальних, колотих, різаних, рубаних забитих поранень) відповідно до Порядку обліку фактів звернення та доставлення до закладів охорони здоров'я осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру та інформування про такі випадки органів і підрозділів поліції, затвердженого спільним наказом Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров'я України 06 липня 2016 року № 612/679, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 липня 2016 року за № 1051/29181;

5) ЗОЗ за запитом пацієнта надають інформаційні та візуально-презентаційні матеріали основних клінічних проявів та методів лікування.

Розділ II. Діагностика невогнепальних травм м'яких тканин

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз ТМТ встановлюється на підставі збору анамнезу, фізикального обстеження, оцінки клінічних проявів та застосування інструментальних методів дослідження. У пацієнтів дитячого віку обсяг додаткових діагностичних заходів залежить від віку дитини, ступеню взаємодії з нею та членами сім'ї/законними представниками, виразності клінічних проявів пошкодження та функціонального дефіциту. Для діагностики, диференційної діагностики та динамічного спостереження для пацієнтів дитячого віку за показаннями (неадекватна поведінка, супутня, зокрема неврологічна патологія, важкість травми) доцільно застосовувати комп'ютерну томографію (далі - КТ) голови та шиї з анестезіологічним супроводом.

2. Обґрунтування

ТМТ можуть супроводжуватись клінічними та/або рентгенологічними ознаками порушення анатомічної цілісності м'яких тканин. Клінічна картина залежить від механізму травми та типу ушкодження, що наведені у додатку 1 до цього Стандарту. Основні клінічні симптоми ТМТ щелепно-лицевої ділянки, наведені у додатку 2 до цього Стандарту, можуть зустрічатись, як окремо, так і в поєднанні.

Інформація щодо характеру ТМТ часто має не лише медичне, але й криміналістичне і юридичне значення, що вимагає особливо детального відображення характеру травми в медичній документації.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) провести збір анамнезу та клінічне обстеження пацієнта, що спрямоване на виявлення ознак ТМТ і можливих супутніх ушкоджень. При проведенні клінічного обстеження в медичній документації необхідно відобразити інформацію щодо виду травми, обставин її отримання, суб'єктивних та об'єктивних симптомів ТМТ, виду та об'єму раніше наданої медичної допомоги та її результатів;

2) при проведенні клінічного та інструментального обстеження у пацієнтів із ТМТ необхідно виключити/підтвердити наявність супутніх ушкоджень кісток лицевого та мозкового черепа, шийного відділу хребта, внутрішньої кровотечі;

3) за наявності обґрунтованої підозри на наявність поєднаних ушкоджень органів і систем необхідно призначити консультації суміжних спеціалістів: нейрохірурга, отоларинголога, офтальмолога, судинного та загального хірурга, пластичного хірурга, торакального хірурга, анестезіолога, психіатра (обов'язково у пацієнтів, що отримали травму при спробі самогубства);

4) при підозрі на наявність супутнього перелому кісток обличчя, рентгеноконтрастних чужорідних тіл в рані, проникаючих поранень шиї має бути проведена додаткові діагностичні обстеження. Для визначення розташування чужорідних тіл на діагностичному етапі рентгенологічне дослідження проводиться щонайменше у двох проекціях, або застосовується КТ;

5) за наявності підозри на алкогольне чи наркотичне сп'яніння здійснюється обстеження пацієнта відповідно до чинного законодавства;

Бажані:

1) для первинного та подальшого документування етапів надання медичної допомоги пацієнту з ТМТ використовуються клінічні фотографії, що дозволяють об'єктивно контролювати зміни естетичного вигляду та симетрії обличчя;

2) для виявлення та корекції психологічних порушень, що виникають на тлі важких ТМТ обличчя за потреби доцільно залучати фахівців з психології;

3) МРТ може розглядатися як альтернатива променевим методам діагностики для уточнення характеру пошкоджень м'яко-тканинних структур глибоких ділянок обличчя та шиї, а також виявлення нерентгеноконтрастних чужорідних тіл;

4) для уточнення характеру поверхневих ТМТ та контролю динаміки репаративних процесів в посттравматичному періоді (розсмоктування гематом, процеси формування рубців, характер гемодинаміки в магістральних судинах тощо) може бути застосована ультразвукова діагностика.

Розділ III. Лікування невогнепальних травми м'яких тканин

1. Положення стандарту медичної допомоги

Основною метою лікування ТМТ є відновлення преморбідної форми та функції покривних тканин обличчя, жувального апарату, ока, зовнішнього носа, слинних залоз, язика тощо, відновлення цілісності порожнини рота, губ, повік, обсягу відкривання рота та рухів нижньої щелепи, а також досягнення наступних цілей лікування: відновлення та/або підтримка прохідності дихальних шляхів, контроль кровотечі, відновлення об'єму циркулюючої крові, збереження об'єму тканин, зменшення періоду непрацездатності, мінімізація психологічних наслідків, контроль больового синдрому, загоєння без ускладнень, запобігання інфікуванню, належне розуміння пацієнтом та членами сім'ї/законним представникам, варіантів лікування та згода з планом лікування, належне розуміння та прийняття пацієнтом та членами сім'ї/законними

представниками, сприятливих результатів і відомих ризиків та ускладнень, уникнення вторинних деформацій, задовільний естетичний результат.

У пацієнтів дитячого віку до цього додається уникнення аномалій росту та забезпечення отримання пацієнтом та членами сім'ї/ законними представниками, адекватної консультації щодо усунення/компенсації будь-якого функціонального або анатомічного дефіциту, отриманого унаслідок травми.

Лікування ТМТ повинно ставити на меті уникнення ускладнень як місцевого, так і загального характеру. Ускладнення місцевого та загального характеру наведені у додатку 3 цього Стандарту. Загальними сприятливими результатами лікування ТМТ є:

загоєння м'яких тканин;

загоєння м'яких тканин (розрізів та ран) первинним натягом;

збереження неушкоджених здорових тканин;

відновлення форми обличчя (може зазнавати впливу преморбідного стану);

відновлення фізіологічної функції;

обмежений термін непрацездатності;

контроль/зменшення больового синдрому;

відсутність інфекції;

відсутність порушень сенсорної або/та моторної іннервації;

відсутність скелетної деформації;

відсутність деформації м'яких тканин;

відсутність порушень росту у дітей;

прийняття пацієнтом (батьками/законними представниками) операції та усвідомлення результатів лікування.

Водночас, при лікуванні усіх видів ТМТ можуть існувати ряд загальних факторів, наведених у додатку 4 цього Стандарту, що потенційно підвищують ризик ускладнень, та можуть об'єктивно впливати на результат лікування.

Надання медичної допомоги дітям з ТМТ здійснюється з урахуванням особливостей росту обличчя у відповідний період розвитку дитини, а також спрямоване на встановлення взаємодії з дитиною та батьками/законними представниками. Принципи лікування дітей, які отримали ТМТ, подібні до принципів лікування дорослих, однак деякі аспекти лікування базуються на анатомічних особливостях дитини, стадії її соматичного, стоматологічного та психічного розвитку.

Комплексне лікування пацієнтів з ТМТ призначається за результатами проведених діагностичних заходів та включає хірургічну обробку рани (повну і вичерпну), спостереження за пацієнтом в динаміці, профілактику ускладнень, місцевий догляд за порожниною рота, носа, дотримання рекомендацій суміжних спеціалістів, антибактеріальну терапію, профілактику правця, антирабічну профілактику за показаннями.

При проведенні лікування необхідно досягати належного розуміння пацієнтом та членами сім'ї/законними представниками, варіантів лікування та згоди з планом лікування, належного розуміння та прийняття пацієнтом та членами сім'ї/ законними представниками, сприятливих результатів і відомих ризиків та ускладнень.

2. Обґрунтування

Показаннями до лікування ТМТ слід вважати: клінічні ознаки травматичного пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, що супроводжуються естетичними чи функціональними порушеннями (деформація обличчя; підшкірна

емфізема, порушення функцій зору, дихання, мовлення, ковтання, обмеження відкривання рота, слино- та слезотеча, порушення сенсорної та/або рухової іннервації, в тому числі парестезії, парез чи параліч м'язів тощо); непрямі рентгенологічні ознаки пошкодження м'яких тканин (ізольованих або поєднаних з переломами кісток лицевого черепа) та наявності чужорідних тіл в їх товщі. За наявності порушень цілісності шкіри та слизових оболонок на всю товщу, в тому числі із порушенням цілісності глибше розташованих м'яких тканин застосовують активну хірургічну тактику. При забоях м'яких тканин і саднах показано спостереження в динаміці або консервативне лікування.

При ТМТ можуть існувати ряд місцевих факторів, наведених у додатку 4 до цього Стандарту, що потенційно підвищують ризик відомих ускладнень, і відповідно об'єктивно впливають на результат лікування. Раннє виявлення та лікування ускладнень покращує прогноз.

Лікування, особливості динамічного спостереження і очікувані результати при травматичних ушкодженнях м'яких тканин наведено у додатку 5 цього Стандарту.

Використання антисептичних засобів та системних антибактеріальних препаратів може бути показане для запобігання розвитку інфекцій, пов'язаних із хірургічним втручанням. Рішення щодо призначення антибактеріальних препаратів приймається лікарем і повинно ґрунтуватися на клінічному стані пацієнта та можливій наявності супутніх захворювань. У кожному конкретному випадку слід розрахувати відповідне дозування, виходячи з віку та ваги пацієнта.

Дотримання вказаних рекомендацій не гарантує обов'язкового досягнення сприятливого результату, але, хоча деякі ускладнення та небажані наслідки ТМТ можуть бути неминучими, правильна діагностика та своєчасне лікування травм сприяють значному зменшенню посттравматичних функціональних та естетичних дефектів.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) екстрена медична допомога пацієнтам надається відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;

2) за наявності супутніх ушкоджень органів і систем хірургічне лікування ТМТ слід проводити після стабілізації життєво важливих функцій та усунення безпосередньої загрози життю пацієнта, але бажано в перші 3-5 діб після травми. Строки проведення хірургічного втручання погоджують із лікарем-анестезіологом та іншими суміжними спеціалістами в разі потреби;

3) при травмах, які можуть викликати сильний біль, можуть бути призначені знеболювальні лікарські засоби для системного застосування. Вибір метода знеболення залежить від об'єму й характеру ушкоджень, а також від стану постраждалого;

4) хірургічне лікування ран м'яких тканин має бути за можливості радикальним, одномоментним, вичерпним, а також виконуватись якомога раніше;

5) при проведенні лікування необхідно забезпечувати максимальне збереження м'яких тканин, проводити заходи спрямовані на зменшення періоду непрацездатності, мінімізацію психологічних наслідків, створювати умови для загоєння без ускладнень та уникнення вторинних деформацій;

6) перед проведенням первинної хірургічної обробки рани (далі – ПХО), обличчя голять, очищують від бруду, пилу, згортків крові, рану та/або порожнину рота ретельно промивають розчинами антисептичних засобів;

7) під час проведення ПХО слід провести повну й остаточну зупинку кровотечі. Цього досягають шляхом лігування судин, прошивання судини в рані, накладання судинних кліпс, перев'язки магістральних судин, коагуляції, тугої тампонади рани/природних порожнин тощо;

8) провести екстрену профілактику правця відповідно до Інструкції зі специфічної профілактики правця, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 серпня 1999 року № 198;

9) при проведенні лікування пацієнтів з ТМТ видаленню підлягають лише некротизовані, нежиттєздатні тканини; краї рани не потребують висічення. Дотримання принципу ощадливого ставлення до тканин щелепно-лицевої ділянки необхідне для збереження матеріалу, який можна використати для подальших пластичних операцій, спрямованих на усунення дефектів тканин;

10) чужорідні тіла, що знаходяться в рані підлягають обов'язковому видаленню, за виключенням ситуацій коли через розташування чужорідного тіла у важкодоступних зонах та/або невеликі розміри, дана маніпуляція супроводжується суттєвою травматизацією та значним хірургічним ризиком;

11) краї рани зближують та ушивають пошарово, при проникаючих пораненнях ушивання починають з боку слизової оболонки порожнини рота, для ізоляції рани від її інфікованого вмісту. Важливим є точне зіставлення із відновленням анатомії в естетично вагомих зонах (зіставлення червоної облямівки губ, краю повік). Шви на слизову оболонку порожнини рота слід накладати так, щоб максимально зберегти глибину присінка порожнини рота. При пораненнях нижньої поверхні язика та дна порожнини рота слід обов'язково роз'єднати рану дна порожнини рота від рани язика для профілактики утворення рубця, який значно обмежить рухомість язика. Рани обличчя ушивають наглухо за виключенням сильно контамінованих, нагноєних та укушених ран, які вимагають дренивання;

12) за наявних поранень паренхіми слинної залози при пошаровому ушиванні рани необхідно ретельно зшити капсулу залози, а потім всі наступні шари, а при пошкодженні вивідної протоки її зшивають на катетері, або формують несправжню/хибну протоку;

13) за наявності невеликих дефектів м'яких тканин при проведенні ПХО для їх заміщення використовують елементи первинної пластики. При великих дефектах обличчя, що поєднуються із порожниною рота під час ПХО проводять зшивання шкіри й слизової оболонки, при цьому узгоджують й планують подальші планові реконструктивні операції;

14) ТМТ (залежно від топографії ушкодження) потребують спостереження в динаміці, уникнення фізичних навантажень та усунення ризиків повторного травмування. При проведенні лікування пацієнтів з ТМТ слід раціонально організувати післяопераційний догляд для профілактики вторинної інфекції та спотворення обличчя. У випадку виникнення ускладнень на етапах спостереження показана активна хірургічна тактика;

15) за наявності укусів, подряпин, заслинень будь-якими тваринами, а також забрудненні ділянки ушкодження м'яких тканин інфікованим матеріалом при розтині

туш тварин, що загинули від сказу необхідно провести заходи антирабічної профілактики відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15 квітня 2004 року № 205 «Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ»;

16) необхідність призначення системної антибактеріальної терапії визначається в залежності від типу та тяжкості ТМТ, клінічного стану пацієнта, можливого розвитку ускладнень та здійснюється згідно з відповідними чинними галузевими стандартами медичної допомоги;

17) після проведеного лікування ТМТ пацієнту надається інформація щодо плану подальшого лікування/спостереження та реабілітації, а також рекомендації стосовно домашнього догляду, зокрема щодо гігієни порожнини рота, контролю та корекції офтальмологічного, ринологічного та неврологічного статусу (за потреби), догляду за порожниною носа; уникання участі у спортивних змаганнях, активних іграх (діти) тощо;

18) батькам/ законним представникам дитини з ТМТ надаються рекомендації щодо гігієнічного догляду за порожниною рота, носа та очима (за потребою), необхідності зведення до мінімуму ймовірності отримання повторних травм. Має бути надана інформація про можливі ускладнення, такі як набряк, біль, почервоніння, виділення слини назовні, будь-яких виділень та/або розходження країв рани, ознак порушення функції лицевого нерва, і, за наявності таких ознак, звернутись до щелепно-лицевого хірурга.

Бажані:

1) ушкоджені нерви та магістральні судини при проведенні ПХО бажано виділити та ушити із використанням мікрохірургічної техніки;

2) при ПХО ран у дітей перевагу слід віддавати біорезорбтивним шовним матеріалам;

3) у дитячій групі пацієнтів необхідно враховувати психосоціальні фактори, призначити відповідну до віку консультативну допомогу та підтримку дитині та батькам, які часто відчують провину за обставини травми, доцільно залучати фахівців з психології, щоб допомогти їм впоратися з функціональними порушеннями або деформаціями;

4) у пацієнтів із забоями та пораненнями м'яких тканин, що супроводжуються функціональним дефіцитом можливе призначення ранньої фізичної реабілітації;

5) для формування естетично-прийняттого рубця та профілактики келоїдних і гіпертрофічних рубців можливо застосування підходів визначених відповідним стандартами у пластичній хірургії;

6) для профілактики слинних нориць у пацієнтів з ушкодженнями слинних залоз можливо призначення відповідної дієти та лікарських засобів, що пригнічують слиновиділення;

7) при скальпованих ранах та травматичних дефектах шкірного покриву одним із можливих способів заміщення дефекту є вільна пересадка шкіри.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає медичну допомогу пацієнтам з невогнепальними ТМТ щелепно-лицевої ділянки, клінічного маршруту пацієнта (далі - КМП).
2. Відсоток пацієнтів з невогнепальними ТМТ щелепно-лицевої локалізації, яким було проведено екстрену профілактику правця.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає медичну допомогу пацієнтам з невогнепальними травмами м'яких тканин щелепно-лицевої локалізації, клінічного маршруту пацієнта.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту медичної допомоги (далі - СМД).

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (КМП) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам з ТМТ щелепно-лицевої локалізації, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%

2026 рік та подальший період – 100%

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з ТМТ щелепно-лицевої локалізації, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ТМТ щелепно-лицевої локалізації. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів, які надають медичну допомогу пацієнтам з ТМТ, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ що надають медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ТМТ (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП з «ТМТ», наданий лікарем, який надає медичну допомогу пацієнтам.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з невогнепальними ТМТ щелепно-лицевої локалізації, яким було проведено екстрену профілактику правця.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, які надають медичну допомогу при ТМТ щелепно-лицевої локалізації.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу при ТМТ щелепно-лицевої локалізації, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги та ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з ТМТ щелепно-лицевої локалізації, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, для яких задокументований факт наявності ТМТ щелепно-лицевої локалізації.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ТМТ щелепно-лицевої локалізації, які отримали екстрену профілактику правця. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про загальну кількість пацієнтів з ТМТ щелепно-лицевої локалізації, які отримали медичну допомогу, від всіх центрів екстреної (швидкої) медичної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування, що базується на даних форми № 025/о, форми № 003/о та форми № 043/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Травми щелепно-лицевої ділянки», 2023 року, https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/02/2023_kn_trauma.pdf.

2. Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 05 серпня 1999 року № 198 «Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця».

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 квітня 2004 року № 205 «Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ».

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20982.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

6. Наказ Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2015 року №1452/735 «Про Затвердження Інструкції про порядок виявлення ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 листопада 2015р. за № 1413/27858.

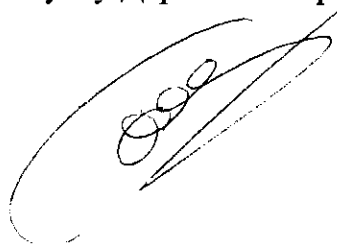
7. Наказ Міністерства внутрішніх справ України та Міністерства охорони здоров'я України від 06 липня 2016 року № 612/679 «Про порядок обліку фактів звернення та доставлення до закладів охорони здоров'я осіб у зв'язку із заподіянням їм тілесних ушкоджень кримінального характеру та інформування про такі випадки органів і підрозділів поліції», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 липня 2016 року за № 1051/29181.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2022 року № 822 «Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»».

9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 серпня 2023 року № 1513 «Про затвердження стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою».

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Євгеній ГОНЧАР

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Невогнепальні травми м'яких
тканин щелепно-лищевої ділянки»
(пункт 2 розділу II)

Основні типи травм м'яких тканин обличчя

Забій – механічне ушкодження м'яких тканин без порушення цілісності шкірних покривів та слизових оболонок

Гематома – обмежене скупчення крові в тканинах із утворенням порожнини

Садно – механічне ушкодження поверхневих шарів шкіри (епідерміса) або слизової оболонки

Рана – порушення цілісності шкіри/слизової оболонки на всю товщу внаслідок її механічного ушкодження

За характером травмуючого агента рани поділяються на:

- забійні рани
- різані рани
- колоті рани
- рубані рани
- рвані рани
- укушені рани
- розчавлені рани
- скальповані рани
- отруєні рани
- вогнепальні рани
- змішані рани – забійно-рвані, колото-різані, тощо.

За наявністю мікроорганізмів в рані:

- асептичні;
- інфіковані;
- гнійні.

Проникаючі/ непроникаючі.

По відношенню до порожнин:

- ті, що проникають у порожнину рота, носа, верхньощелепний синус, орбіту (з ураженням язика, слинних залоз, крупних судин та нервів, ока або без ураження);
- ті, що не проникають в порожнини тіла.

За числом уражень в одного потерпілого (пацієнта):

- одиначні,
- множинні

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Невогнепальні травми м'яких
тканин щелепно-лицевої ділянки»
(пункт 2 розділу II)

**Основні клінічні симптоми травми м'яких тканин щелепно-лицевої
ділянки:**

- 1) асиметрія та деформація обличчя,
 - 2) набряк,
 - 3) крововиливи та гематоми,
 - 4) підшкірна/тканинна емфізема,
 - 5) біль,
 - 6) садна і рани вкриті геморагічними кірками (на шкірі) та фібрином (на слизовій оболонці),
 - 7) кровотеча з рани різної інтенсивності,
 - 8) зіяння рани при скороченні м'язів (хибний дефект),
 - 9) контамінація/забруднення рани,
 - 10) наявність чужорідних тіл в рані,
 - 11) розчавлення і первинний некроз країв рани,
 - 12) слинотеча з рани (зокрема при пошкодженні великих слинних залоз),
 - 13) травматична ампутація тканин (справжній дефект),
 - 14) порушенням сенсорної та/або рухової іннервації,
 - 15) дисфункція нижньої щелепи,
 - 16) порушення функції та/або ушкодження органу зору,
 - 17) порушення нормальної анатомії/втрата частини або всієї повіки, носа, губ, язика тощо,
 - 18) неможливість герметичного змикання губ при ураженнях біляротової ділянки,
 - 19) утруднення мови, жування, ковтання, дихання.
-

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Невогнепальні травми м'яких
тканин щелепно-лищевої ділянки»
(пункт 1 розділу III)

Ускладнення місцевого та загального характеру:

- 1) інфекція;
 - 2) патологічне рубцювання;
 - 3) хронічний біль;
 - 4) тривала непрацездатність або повна втрата працездатності;
 - 5) психологічні та/або психічні розлади;
 - 6) розходження країв рани;
 - 7) позапланове перебування у відділенні інтенсивної терапії в післяопераційному періоді;
 - 8) незапланована інтубація довше 12 годин після операції;
 - 9) незапланована трахеостомія;
 - 10) реінтубація або трахеостомія після операції;
 - 11) використання парентеральних ліків та/або рідин протягом понад 72 години після операції;
 - 12) обмеження рухливості протягом 48 годин після планової операції;
 - 13) перелом кісток лицевого черепа під час або після операції;
 - 14) незапланована гайморотомія, бронхоскопія або інші діагностичні процедури, пов'язані з хірургічним втручанням;
 - 15) пошкодження твердих тканин зубів під час операції;
 - 16) травма ока під час операції;
 - 17) повторне проведення оперативного втручання;
 - 18) температура тіла вище 38.3° C (101° F) через 72 години після операції;
 - 19) наявність стороннього тіла, що підтверджено даними післяопераційної рентгенографії;
 - 20) незаплановане переливання крові або її компонентів під час або після операції;
 - 21) повторна госпіталізація у зв'язку з виникненням ускладнень або незавершеним лікуванням під час попередньої госпіталізації;
 - 22) зупинка дихання та/або серця;
 - 23) хронічні неврологічні порушення (наприклад порушення сенсорної та/або моторної іннервації);
 - 24) лікворея;
 - 25) смерть.
-

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Невогнепальні травми м'яких
тканин щелепно-лицевої ділянки»
(пункт 1 розділу III)

Фактори, що потенційно підвищують ризик ускладнень:

- 1) наявність ураження дихальних шляхів;
- 2) наявність кровотечі;
- 3) ступінь розуміння пацієнтом та/або родиною причин і перебігу захворювання, цілей лікування та згода із запропонованим лікуванням;
- 4) наявність супутнього загальносоматичного захворювання;
- 5) неможливість завершити передопераційне обстеження та оцінку через ургентність клінічного стану пацієнта;
- 6) вік пацієнта;
- 7) розчавлені, термічні, хімічні та/або електричні травми;
- 8) наявність супутніх переломів лицевого черепа та/або іншої локалізації;
- 9) дефекти тканин (наприклад при скальпованих ранах);
- 10) адекватність кровопостачання уражених тканин;
- 11) наявність інфекції та/або патології, пов'язаної з травмою;
- 12) доступ до інструментів та обладнання;
- 13) наявність супутніх медичних або хірургічних проблем, які можуть відтермінувати лікування (наприклад важкі внутрішньочерепні травми, травма шийного відділу хребта, легенева та серцева травма);
- 14) наявність локальних або системних захворювань, які можуть перешкоджати нормальному процесу загоєння та подальшому відновленню гомеостазу тканин (наприклад раніше опромінена тканина, цукровий діабет, хронічне захворювання нирок, захворювання печінки, захворювання крові, стероїдна терапія, протизапальні препарати, імуносупресія та недоїдання);
- 15) наявність поведінкових, психологічних, неврологічних та/або психіатричних розладів, включаючи шкідливі звички (наприклад зловживання наркотичними та психотропними речовинами, тютюном, алкоголем), судомні розлади та самокалічення, які можуть вплинути на операцію, загоєння та/або відповідь на терапію;
- 16) ступінь співпраці пацієнта та/або його родини;
- 17) регуляторні та/або зовнішні рішення/обмеження щодо доступу до медичної допомоги, показаної терапії, ліків, пристроїв та/або матеріалів;
- 18) час, що минув з моменту травми;
- 19) схильність до келоїдних або гіпертрофічних рубців;
- 20) стадія розвитку скелета та/або зубів пацієнта (наприклад дитина, що зростає; тимчасовий, змінний або постійний прикус);
- 21) наявність супутньої або раніше перенесеної щелепно-лицевої травми;
- 22) наявність супутніх або раніше перенесених неврологічних розладів (наприклад, сенсорних або моторних);
- 23) наявність супутньої щелепно-лицевої аномалії;
- 24) причина травми та ступінь контамінації ушкоджених тканин;
- 25) інфекційні захворювання шкіри обличчя;

- 26) наявність вродженої щелепно-лицевої деформації;
 - 27) наявність патологічних рубців;
 - 28) наявність супутніх (поєднаних) переломів кісток лицевого скелету.
-

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Невогнепальні травми м'яких
тканин щелепно-лицевої ділянки»
(пункту 2 розділу III)

**Лікування, особливості динамічного спостереження і очікувані результати
при травматичних ушкодженнях м'яких тканин**

Тип травми	Лікування	Спостереження	Сприятливі результати	Несприятливі результати
Садно	Садна значних розмірів ведуть під асептичною пов'язкою 3-5 діб Протимікробні препарати за показаннями Контроль больового синдрому Спостереження в динаміці	Усунення ризиків повторного травмування Щадна дієта (залежно від локалізації)	Загоєння м'яких тканин первинним натягом	Нагноєння Утворення гіпертрофічного/келоїдного рубця
Гематома	Протимікробні препарати за показаннями Контроль больового синдрому Холод (до 48 годин) З 3-ї доби теплові процедури (ФТЛ) Симптоматична терапія (засоби що покращують мікроциркуляцію й мікросудинну перфузію)	Усунення ризиків повторного травмування Щадна дієта (залежно від локалізації) У випадку нагноєння – активна хірургічна тактика шляхом хірургічного розкриття та дренивання У випадку осумкування – розкриття, евакуація вмісту та дренивання	Розсмоктування гематоми Відновлення нормального мовлення, ковтання, дихання (залежно від локалізації)	Виникнення запальних/інфекційних ускладнень Прогресування «компаратмент-синдрому орбіти» при виникненні гематоми ретробульбарного простору

Тип травми	Лікування	Спостереження	Сприятливі результати	Несприятливі результати
	<p>Попередження розвитку асфіксії (включно з хірургічною евакуацією вмісту гематоми)</p>	<p>У випадку гематоми ретробульбарного простору з появою ознак «компартмент-синдрому орбіти» - консультація офтальмолога, моніторинг офтальмологічного статусу та проведення декомпресії орбіти за показаннями</p>		
<p>Рани м'яких тканин</p>	<p>ПХО Консультація рабіолога за потребою Антибактеріальні лікарські засоби за показаннями Контроль больового синдрому Введення ППА за потребою (залежно від календаря щеплень) ФТЛ (за потребою) ВХО з накладанням вторинних швів за показаннями</p>	<p>Уникнення фізичних навантажень Усунення ризиків повторного травмування Щадна дієта (залежно від локалізації) Дренування «мертвих» просторів або інфікованих ран за показаннями</p>	<p>Загоєння ран м'яких тканин та слизової оболонки порожнини рота первинним натягом Відновлення нормального мовлення, ковтання, дихання (залежно від локалізації)</p>	<p>Розвиток запальних ускладнень Післяопераційна деформація обличчя а. деформація або неправильне зрощення м'яких тканин б. деформація або неправильне зрощення слизової оболонки порожнини рота\сегмента Утворення спотворюючих рубців Контрактури Порушення функції мовлення, жування, формування їстівної грудочки, ковтання, дихання (залежно від локалізації)</p>