

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

2 мая 2023 г. № 66

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнями вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с одонтогенным верхнечелюстным синуситом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи, свищом верхнечелюстной пазухи» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническим апикальным периодонтитом, корневой кистой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечкового отростка, фиброзной дисплазией челюсти» (прилагается);

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

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с посттравматическими осложнениями и деформациями костей челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с врожденными аномалиями глаза, уха, лица и шеи» (прилагается).

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2011 г. № 1245 «Об утверждении клинических протоколов стоматологического профиля и признании утратившими силу отдельных структурных элементов приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2006 г. № 807, от 25 февраля 2008 г. № 142».

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

Министр

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
02.05.2023 № 66

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания стоматологической хирургической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K01.0 Ретенированные зубы; K01.1 Импактные зубы; K05.2 Острый пародонтит; K05.22 Острый перикоронит; K05.3 Хронический пародонтит; K05.32 Хронический перикоронит).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

дистоцированный зуб – зуб, который имеет аномальное расположение;

импакция – задержка прорезывания зуба, связанная с наличием механического препятствия. Причинами являются дефицит места в зубном ряду на фоне скученности, наличие слизистого барьера или сверхкомплектные зубы, другие факторы;

перикоронит – воспаление мягких тканей в области прорезывающегося или прорезавшегося зуба;

ретенированный зуб – зуб, который не прорезался в соответствующее время на том месте в зубном ряду, где ожидалось его прорезывание.

4. Для лечения нарушения прорезывания зубов, перикоронита применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств (далее – ЛС).

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

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

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

7. Медицинская помощь пациентам с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом оказывается в амбулаторных условиях, пациенты с декомпенсированной соматической патологией и (или) с развитием осложнений подлежат госпитализации в гнойное отделение челюстно-лицевой хирургии больничной организации.

ГЛАВА 2 ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПЕРИКРОНИТА

8. Признаки и критерии, определяющие нарушение прорезывания зубов, перикоронит:

ретенция и дистопия зуба характеризуются неправильным расположением и (или) отсутствием зуба в зубной дуге;

перикоронит характеризуется нарушением конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной, щечной областей, болью при открывании рта (за счет воспалительной контрактуры жевательных мышц), при жевании, при глотании; гиперемией и отеком слизистой оболочки в области третьих моляров и ретромоларной области; наличием серозного или гнойного экссудата; увеличением регионарных лимфатических узлов; повышением температуры тела.

9. Классификации нарушения прорезывания зубов, перикоронита:

9.1. классификация нарушения прорезывания (ретенции, дистопии) зубов:

по пространственному расположению: вертикальное положение; медиальный наклон; дистальный наклон; щечный наклон; язычный (небный) наклон; горизонтальное положение (в щечную сторону – букковерсия, в язычную сторону – лингвоверсия); инверсия;

по углу наклона: 25°; 40°; 55°; 70°;

по глубине расположения в челюстной кости:

незначительная – когда над поверхностью альвеолярного отростка (альвеолярной части) находится 1/3 коронки «причинного» зуба и более;

средняя – над поверхностью альвеолярного отростка (альвеолярной части) находится только один из бугров «причинного» зуба;

глубокая – «причинный» зуб полностью погружен в костную ткань альвеолярного отростка (альвеолярной части челюстной кости);

по расстоянию от второго моляра до передней границы ветви нижней челюсти:

1/2 длины зуба;

1/3 длины зуба;

1/4 длины зуба;

9.2. классификация перикоронита:

по течению: острый или хронический;

по виду поражения «капюшона» слизистой оболочки, покрывающей «причинный» зуб или прилежащей к нему:

язвенный;

серозный;

гнойный.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПЕРИКРОНИТА

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

11. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

12.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (генетически обусловленные или не генетически обусловленные);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы);

пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций; оценка (определение) степени открывания рта, болезненности;

обследование области третьих моляров, оценка их расположения в альвеолярном отростке (альвеолярной части челюсти); достаточно или недостаточно места для их прорезывания и их взаимодействие (при наличии) со вторым моляром, (при наличии) с зубами-антагонистами;

оценка состояния слизистой оболочки вокруг нижнего третьего моляра, наличие нависающей слизистой оболочки «капюшона» над «причинным» зубом;

12.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

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

12.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

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

13.1. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

13.2. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

консультация врача-специалиста (врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-ортопеда, других).

14. Постановку или подтверждение диагноза в стационарных условиях осуществляют врач-челюстно-лицевой хирург или врач-стоматолог-хирург.

15. Для постановки или подтверждения диагноза в стационарных условиях осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

16.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания (генетически обусловленные или не генетически обусловленные);

выявление жалоб (их характер и сроки появления), аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным хирургическим вмешательством, проводимое ранее лечение или отсутствие такового;

внешний осмотр челюстно-лицевой области (конфигурация лица, кожные покровы); пальпация регионарных лимфатических узлов (увеличены или не увеличены; болезненны или безболезненны; плотные или мягкие; подвижные или неподвижные; спаяны с кожей и подлежащими тканями или не спаяны с кожей и подлежащими тканями), жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, состояние прикуса, слизистой оболочки полости рта, наличие ее патологических изменений; перкуссия зубов; оценка степени подвижности зубов; наличие пародонтального(ых) кармана(ов); оценка окклюзионных контактов; наличие пломб, ортопедических конструкций; оценка (определение) степени открывания рта, болезненности;

обследование области третьих моляров, оценка их расположения в альвеолярном отростке (альвеолярной части челюсти); достаточно или недостаточно места для их прорезывания и их взаимодействие (при наличии) со вторым моляром, (при наличии) с зубами-антагонистами;

оценка состояния слизистой оболочки вокруг нижнего третьего моляра, наличие нависающей слизистой оболочки «капюшона» над «причинным» зубом;

16.2. инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

16.3. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

бактериологическое исследование (при наличии экссудата):

определение чувствительности к антибактериальным ЛС;

определение чувствительности к противогрибковым ЛС.

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

17.1. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования: ортопантомография челюстей или КЛКТ;

17.2. лабораторные диагностические исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

консультация врача-специалиста (врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-ортопеда, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПЕРИКРОНИТА. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут

до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за 1 час до проведения хирургического вмешательства;

18.2. хирургические лечебные мероприятия:

при ретенции, полуретенции и (или) дистопии (расположении зуба в вертикальном положении, при медиальном, щечном, язычном (небном) наклоне), а также отсутствии сопутствующих заболеваний или при наличии компенсированной соматической патологии хирургическое вмешательство следует выполнять в амбулаторных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

операция – сложное, атипичное удаление зуба;

наложение направляющих швов; швы снимают через 7–10 суток;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

при ретенции, полуретенции и (или) дистопии (расположении зуба в горизонтальном положении (в щечную сторону – букковерсия; в язычную сторону – лингвоверсия), инверсии, хирургическое вмешательство выполняют в амбулаторных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

операция – сложное, атипичное удаление зуба;

наложение направляющих швов (швы снимают через 7–10 суток);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

при перикороните:

проводят удаление зуба, если имеется полуретенция и (или) дистопия (зуб расположен в вертикальном, щечном, язычном, небном положении);

проводят только перикоронаротомию или перикоронарозктомия, при полуретенции и дистопии (в горизонтальном положении, медиальный, дистальный наклон). После купирования воспалительных явлений «причинный» зуб удаляется в плановом порядке.

Перикоронаротомию или перикоронарозктомия проводят под местным обезболиванием (проводниковой и (или) инфильтрационной анестезией с использованием ЛС согласно приложению 1): выполняют линейный разрез слизистой оболочки длиной 1,5 см над непрорезавшимся «причинным» зубом или его непрорезавшейся частью в месте наибольшего выбухания слизистой оболочки (перикоронаротомия) или полностью иссекают нависающий над «причинным» зубом «капюшон» (перикоронарозктомия), рану инстиллируют раствором антисептического ЛС согласно приложению 2, вводят антисептическую марлевую турунду – дренаж;

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

18.3. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4.

19. Дополнительным лечебным мероприятием в амбулаторных условиях является физиотерапевтическое лечение (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима воздействия и кратности):

токи ультравысокой частоты (УВЧ-терапия) – 2–3 процедуры, ежедневно;

флюктуоризация – 6–10 процедур, ежедневно или через день;

магнитотерапия – 6–10 процедур, ежедневно.

20. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

20.1. при чистых операциях – медицинская профилактика инфекционного эндокардита у пациентов группы высокого риска:

амоксциллин (капсулы 250 мг, капсулы 500 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) 2 г однократно за 30–60 минут

до хирургического вмешательства или (при аллергии на пенициллины) клиндамицин (капсулы 300 мг, капсулы 150 мг) 600 мг внутрь за час до проведения хирургического вмешательства;

20.2. при условно чистых операциях – периоперационная антибиотикопрофилактика* согласно приложению 3;

* Периоперационная антибиотикопрофилактика при условно чистых операциях: цефазолин (при весе менее 120 кг: 2 г внутривенно (далее – в/в); при весе более 120 кг: 3 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или цефуроксим 1,5 г в/в + метронидазол 500 мг в/в, или ампициллин/сульбактам 3 г в/в, или амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в или клиндамицин 900 мг в/в. Антибиотик вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа.

20.3. хирургическое лечение ретенции и дистопии зубов:

при ретенции, полуретенции и (или) дистопии (расположении зуба в горизонтальном положении (в щечную сторону – букковерсия; в язычную сторону – лингвоверсия), инверсии, в клинических ситуациях, когда зуб распложен глубоко в костной ткани, в непосредственной близости нижнечелюстного канала и имеется угроза травмирования сосудисто-нервного пучка, а также при локализации зуба в области угла челюсти и при угрозе ее перелома в процессе выполнения хирургического вмешательства, операцию следует выполнять в стационарных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

операция – сложное, атипичное удаление зуба;

наложение направляющих швов (швы снимают через 7–10 суток);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

при ретенции, полуретенции и (или) дистопии (расположении зуба в горизонтальном положении (в щечную сторону – букковерсия; в язычную сторону – лингвоверсия), инверсии, а также при любом расположении зуба и наличии у пациента декомпенсированной соматической патологии операцию следует выполнять в стационарных условиях:

вид обезболивания – местная анестезия с применением ЛС согласно приложению 1;

операция – сложное, атипичное удаление зуба;

наложение направляющих швов (швы снимают через 7–10 суток);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

20.4. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 4;

стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5 однократно в раннем послеоперационном периоде.

21. Дополнительным лечебным мероприятием в стационарных условиях является физиотерапевтическое лечение с использованием по медицинским показаниям методов, приведенных в пункте 19 настоящего клинического протокола, с учетом указанных в нем режима воздействия и кратности.

22. Возможные исходы заболеваний:

купирование воспалительного процесса, выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

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

23. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает медицинский осмотр, выполнение лабораторных и инструментальных (лучевые методы исследования) исследований по медицинским показаниям. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	D04AB Анестезирующие средства для местного применения		
1.1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. ЛС можно также наносить путем смазывания смоченным в нем ватным тампоном
2	N01B Средства для местной анестезии		
2.1	Лидокаин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Режим дозирования устанавливают индивидуально, в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛС следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза не более 300 мг
2.2	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	ЛС предназначено для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела; хорошо переносятся дозы до 500 мг (соответствует 12,5 мл раствора для инъекций)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл;	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят

		раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	на пораженную поверхность кожи или слизистых оболочек 5–10 мл раствора с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания обычно назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий полости рта ЛС следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально
2	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Дезинфектант для обработки небольших порезов, ран (в том числе, гнойных), для остановки незначительных кровотечений (поверхностных). Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Повидон йод	Раствор для наружного применения 100 мг/мл во флаконах	Раствор можно использовать в неразведенной или разведенной в воде форме как раствор 10 % (1:10) или раствор 1 % (1:100), в зависимости от области тела, где необходима дезинфекция. 10 % водный раствор используют для асептической обработки ран, ожогов; дезинфекции слизистых оболочек; 1 % водный раствор используют для предоперационной обработки пациентов
4	Йод	Раствор спиртовой 5 % для наружного применения	Применяется наружно. Раствором йода смачивают ватный тампон, который используют для обработки операционного поля
5	Калия перманганат	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Наружно, местно, в виде водных растворов: для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор (1/2–1 пакетик разводят в 1 л воды) ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций. Длительность применения устанавливают индивидуально

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы антибиотиков, пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	Дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Внутривенно медленно (1 г ЛС растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. По 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза/сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза/сутки. ЛС принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней.

			Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
J01D Прочие бета-лактамы антибиотики			
2	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа или по 1 г каждые 12 часов. Для приготовления раствора следует использовать воду для инъекций. Внутримышечное введение следует рассматривать в том случае, если внутривенный путь введения невозможен или менее пригоден для пациента. Дозы, превышающие 2 г, следует вводить внутривенно. Продолжительность курса определяется индивидуально. У пациентов с нарушенной функцией почек требуется коррекция режима дозирования с учетом значений клиренса креатинина
3	Цефуросим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г, необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется
J01XD Производные имидазола			
4	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	В составе комбинированной терапии с цефалоспоридами. Внутривенно капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток, после чего можно перейти на прием внутрь. Обычная доза составляет 250 мг 2 раза в сутки, в тяжелых случаях 500 мг 2 раза в сутки (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутрь от 600 до 2400 мг в сутки в 2–4 приема одновременно с приемом пищи. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней
J01A Тетрациклины			
6	Доксициклин	Таблетки (таблетки диспергируемые) 100 мг; капсулы 100 мг	Обычная доза 200 мг в первый день лечения, затем 100 мг/сутки. Продолжительность лечения в зависимости от формы и тяжести заболевания составляет 7–14 дней

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

**Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
М01А Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг; порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах	Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки. Максимальная длительность приема 15 суток
2	Кеторолак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза может варьировать от 30 мг до 60 мг. Максимальная суточная доза при внутримышечном и внутривенном введении для пациентов в возрасте до 65 лет составляет 90 мг; для пациентов старше 65 лет или с нарушением функции почек – 60 мг. Для приема внутрь максимальная суточная доза составляет 4 таблетки (40 мг). Пациентам старше 64 лет, и (или) с массой тела менее 50 кг, и (или) с нарушением функции почек назначают по 1 таблетке (10 мг) 1–2 раза в день. При парентеральном или пероральном применении продолжительность курса лечения не должна превышать 5 дней
3	Ибупрофен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл	Ибупрофен назначают внутрь по 200 мг 3–4 раза в сутки. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. При достижении лечебного эффекта суточную дозу ЛС уменьшают до 600– 800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛС). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 часа. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с нарушением прорезывания
зубов, перикоронитом»

**Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с нарушением прорезывания зубов, перикоронитом**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл; 2 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 12–16 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 8–12 мг в сутки
2	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 30 (25) мг/мл 1 мл	Непосредственно после операции однократное внутримышечное или внутривенное струйное введение в дозе 60–120 мг для уменьшения послеоперационных отеков. Для дополнительного уменьшения послеоперационных отеков продолжают парентеральное применение обычно в течение 2–3 дней в дозе 60–90 мг в сутки