

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-ХП «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 гипертрофией десны, эпюлисом»

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 гипертрофией десны, фиброзным, гигантоклеточным эпюлисом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K06.1 Гипертрофия десны; K06.2 Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой; K06.8 Другие уточненные изменения десны и беззубого альвеолярного края: K06.81 Гигантоклеточная периферическая гранулема (гигантоклеточный эпюлис); K06.82 Фиброзный эпюлис).

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:

гигантоклеточная периферическая гранулема – гигантоклеточный эпюлис, опухолеподобное разрастание десны;

гиперплазия десны – разрастание десны, связанное с ношением протеза;

гипертрофия десны (фиброматоз десны; гиперплазия десны) – патологическое состояние, характеризующееся неконтролируемым разрастанием ткани десны;

фиброматоз десны – чрезмерное разрастание фиброзной ткани в области десны;

фиброзный эпюлис – опухолеподобное образование в области десны;

эпюлис (эпюлид, наддесневик, периферическая гигантоклеточная гранулема) – опухолеподобное разрастание соединительной ткани на десне.

4. Для лечения гипертрофии десны, эпюлиса 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 (листочком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛС по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листочком-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 гипертрофией десны, эпюлисом (при размере образования до 2 см) и отсутствии сопутствующих заболеваний или при наличии компенсированной соматической патологии оказывается в амбулаторных условиях.

При гипертрофии десны, эпюлисе (при размере образования более 2 см) и наличии у пациента декомпенсированной соматической патологии, а также при наличии гигантоклеточной периферической гранулемы медицинская помощь оказывается в стационарных условиях.

При развитии осложнений медицинская помощь пациентам с гипертрофией десны, эпюлисом оказывается в стационарных условиях (в отделении челюстно-лицевой хирургии больницы организации).

ГЛАВА 2 ПРИЗНАКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПЕРТРОФИИ ДЕСНЫ, ЭПЮЛИСА

8. Признаки и критерии, определяющие гипертрофию десны, эпюлис:
деформация мягких тканей альвеолярного отростка на верхней челюсти и альвеолярной части на нижней челюсти;
нарушение конфигурации альвеолярного отростка на верхней челюсти и альвеолярной части на нижней челюсти.

9. Гипертрофия десны (фиброматоз десны; гиперплазия десны) представляет собой разрастание ткани десны, как правило, генерализованное, не связанное с воспалительным процессом, затрагивающее щечную или язычную поверхность одной или обеих челюстей. Десневой край, межзубные сосочки и свободная поверхность десны гипертрофированы, имеют гомогенный розовый цвет, плотную консистенцию, не кровоточат.

Фиброзный эпюлис представляет собой безболезненное бугристое разрастание десны у шейки зуба ярко-красного или темно-красного цвета, неправильной формы на ножке с довольно широким основанием. Чаще локализуется с вестибулярной стороны альвеолярного отростка (альвеолярной части). Своим основанием может входить в межзубной промежуток и охватывать зуб, распространяясь на язычную поверхность. Эпюлис представлен грануляционной тканью различной степени зрелости, покрытой эпителием.

10. Классификация гипертрофии десны:

по форме:

генерализованная;

ограниченная.

При генерализованном фиброматозе, (бывает нодулярным (диффузным), образуется несколько сливающихся очагов зернистых разрастаний десны, которые могут закрыть коронки зубов.

Генерализованной бывает, в том числе лекарственная гипертрофия десны, когда к гипертрофии десны приводит прием некоторых ЛС, что наблюдается у пациентов, принимающих фенитоин (противосудорожное, антиаритмическое ЛС) и циклоспорин (иммунодепрессант). Гипертрофию десен наблюдают также у пациентов, принимающих блокаторы кальциевых каналов (нифедипин, дилтиазем, верапамил, фелодипин, амлодипин). Гипертрофия десны развивается также при приеме вальпроата натрия и эстрогенных ЛС (пероральные контрацептивы и конъюгированные эстрогены), особенно в больших дозах.

Лекарственная гипертрофия десны начинается с межзубных сосочков. Она более выражена с вестибулярной поверхности верхних зубов фронтальной группы и проявляется в виде легко кровоточащих красных узелков. По мере разрастания десны происходит их фиброз, межзубные сосочки увеличиваются, приобретают плотноэластическую консистенцию, розовый цвет. Со временем они могут полностью закрыть коронки зубов, что затрудняет проведение индивидуальной гигиены полости рта, ограничивает жевание, вызывает у пациентов эстетический дискомфорт.

При ограниченном фиброматозе имеют место одиночные разрастания в области бугра верхней челюсти или язычной поверхности десны нижней челюсти. Эти разрастания имеют гладкую поверхность, плотную консистенцию и правильную округлую форму, локализируются на одной стороне или имеют двустороннюю локализацию.

При ограниченном (очаговом) фиброматозе гипертрофия десны протекает медленно. На десне появляются плотные образования, не выделяющиеся по цвету и безболезненные, в основном в зоне зубов фронтальной группы. Разрастания тканей могут перекрывать коронки зубов на 2/3, реже – полностью. Может препятствовать смене зубов (выпадению временных – молочных и прорезыванию постоянных (коренных)). Данное состояние грозит остеопорозом и разрушением межзубных перегородок;

по интенсивности продуктивного процесса:

I степень характеризуется избыточным ростом края десны, десневых сосочков, которые уплощены в виде валика на всем протяжении и увеличены на 1/3 высоты коронки зуба, форма их изменена (округлые, овальные, чаще неправильной формы); гипертрофия более выражена у основания сосочков;

II степень определяется прогрессированием гипертрофии десневого края и десневых сосочков. Десневой край приподнят в виде валика, покрывающего нижнюю часть коронки зубов. Форма сосочков изменена, разрастание достигает 1/2 высоты коронок зубов;

III степень отличается резко выраженной гиперплазией десневого края, десневых сосочков. Увеличенная в объеме десна покрывает более 2/3 высоты коронок зубов, нередко достигает режущего края или поверхности смыкания зубов. Разросшиеся сосочки часто покрыты множественными мелкими и крупными кровоточащими грануляциями.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ ДЕСНЫ, ЭПУЛИСА

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:

сбор анамнеза, установка причины развития заболевания;

выявление жалоб (их характер и сроки появления), данных анамнеза заболевания, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

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

пальпация регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, 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;

лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или конусно-лучевая компьютерная томография (далее – КЛКТ);

инцизионная биопсия (патогистологическое исследование).

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

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

цитологическое исследование;

консультация врача-специалиста (врача-эндокринолога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

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

15. Для постановки диагноза осуществляются:

клиническое обследование пациента;

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования;

консультации врачей-специалистов.

16. Обязательными диагностическими мероприятиями в стационарных условиях являются:

сбор анамнеза, установка причины развития заболевания; выявление жалоб (их характер и сроки появления), данных анамнеза заболевания, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний;

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

пальпация регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов: оценка состояния зубных рядов, 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;

лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

общий анализ мочи;

инструментальные диагностические исследования (по медицинским показаниям):

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или КЛКТ;

инцизионная биопсия (патогистологическое исследование).

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

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

цитологическое исследование;

консультация врача-специалиста (врача-эндокринолога, врача лучевой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, других).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ ДЕСНЫ, ЭПУЛИСА. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. 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 1 час до проведения хирургического вмешательства;

18.2. хирургические лечебные мероприятия:

хирургическое лечение гипертрофии десны:

при размерах образования менее 2 см операцию выполняют под местным обезболиванием с использованием ЛС согласно приложению 1. Осуществляют удаление образования в пределах здоровых тканей (эксцизионная биопсия) с последующим патогистологическим исследованием, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

хирургическое лечение фиброзного эпюлиса:

при размерах образования до 2,0 см операцию выполняют под местным обезболиванием с использованием ЛС согласно приложению 1. Удаление образования (эксцизионная биопсия) и, по медицинским показаниям, прилежащего зуба с патогистологическим исследованием иссеченных тканей, при необходимости – наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

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 в послеоперационном периоде – 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):

ультрафиолетовое облучение – 5–6 процедур, через день;

лазеротерапия, магнитолазерная терапия – 5–6 процедур, ежедневно;

магнитотерапия – 5–6 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 1 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 цефуросим 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. хирургические лечебные мероприятия:

хирургическое лечение гипертрофии десны:

при размерах образования более 2 см операцию выполняют под местной анестезией (с использованием ЛС согласно приложению 1), и (или) под местным потенцированным обезболиванием, и (или) под общим обезболиванием, в стационарных условиях. Удаление образования (эксцизионная биопсия) и, по медицинским показаниям, – прилежащих зубов с патогистологическим исследованием операционного материала, гемостаз –

электродиатермокоагуляция, пластическое устранение дефекта местными тканями, при необходимости – наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

хирургическое лечение фиброзного эпюлиса:

при размерах образования более 2 см операцию выполняют под местной анестезией (с использованием ЛС согласно приложению 1), и (или) под местным потенцированным обезболиванием, и (или) под общим обезболиванием. Удаление образования (эксцизионная биопсия) и, по медицинским показаниям, удаление прилежащего зуба с патогистологическим исследованием иссеченных тканей. Пластическое устранение дефекта местными тканями, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

хирургическое лечение гигантоклеточной периферической гранулемы:

вид обезболивания: общее обезболивание;

блоковидная резекция челюсти с удалением прилежащих зубов и патогистологическим исследованием иссеченных тканей (в два этапа: первый – с получением первичного заключения «по cito!» – для верификации объема операции; второй – окончательное заключение биопсии). Гемостаз электродиатермокоагуляцией. По медицинским показаниям – устранение дефекта трансплантатами и (или) остеопластическими материалами, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 2;

20.4. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС (по медицинским показаниям) согласно приложению 3;

с целью снижения болевого синдрома в послеоперационном периоде – 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 (следует использовать 1–2 метода (по медицинским показаниям) из следующего перечня с учетом указанного режима воздействия и кратности):

ультрафиолетовое облучение – 5–6 процедур, через день;

лазеротерапия, магнитолазерная терапия – 5–6 процедур, ежедневно;

магнитотерапия – 5–6 процедур, ежедневно.

22. Возможные исходы заболеваний:

выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

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

23. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с гипертрофией десны, эпюлисом 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 гипертрофией десны, эпюлисом»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)
с гипертрофией десны, эпюлисом**

№ 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 гипертрофией десны, эпюлисом»

Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом

№ 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; раствор для наружного применения 0,5 мг/мл	Местно или наружно, неразведенный раствор в виде орошений, полосканий и аппликаций. Для антисептической обработки ран наносят 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	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний	Раствор для наружного (местного) применения	Лечение и медицинская профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта. Длительность применения устанавливают индивидуально
3	Нитрофурал	Раствор для наружного применения 0,2 мг/мл	Для орошения ран и наложения влажных повязок. Длительность применения устанавливают индивидуально
4	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 гипертрофией десны, эпюлисом»

Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
J01C Бета-лактамы антибиотики, 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	Вводят внутримышечно или внутривенно по 1–2 г каждые 24 часа

		и внутримышечного введения 500 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг	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 (внутри, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограминны			
5	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Внутри 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 гипертрофией десны, эпюлисом»

**Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом**

№ 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 гипертрофией десны, эпюлисом»

**Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов
(взрослое население) с гипертрофией десны, эпюлисом**

№ 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