

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 херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти»**

### **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 херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – К10.8 Другие уточненные болезни челюстей: К10.80 Херувизм; К10.81 Односторонняя гиперплазия мышечного отростка нижней челюсти; К10.82 Односторонняя гипоплазия мышечного отростка нижней челюсти; К10.83 Фиброзная дисплазия челюсти).

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:

гиперплазия мышечного отростка – состояние, обуславливающее чрезмерный рост головки и шейки мышечного отростка нижней челюсти, приводящее к значительным функциональным и эстетическим нарушениям челюстно-лицевой области;

фиброзная дисплазия челюсти (болезнь Брайцева-Лихтенштейна) – опухолеподобное поражение кости, заключающееся в очаговом нарушении костеобразования, при котором здоровая челюстная кость замещается тканью, состоящей из фибробластов и коллагена. Фиброзная ткань ослабляет челюсть, делая ее хрупкой и склонной к патологическим переломам;

херувизм, семейно-наследственная фиброзная остеодисплазия – редкое генетическое заболевание, вызывающее дефект нижней части лица в виде симметричного утолщения нижней челюсти или обеих челюстей и множественных пороков развития зубов.

4. Для лечения херувизма, дисплазии мышечкового отростка, фиброзной дисплазии челюсти 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. Пациентам с херувизмом, дисплазией мышечкового отростка, фиброзной дисплазией челюстей оказывается плановая медицинская помощь в стационарных условиях (в отделении челюстно-лицевой хирургии больничной организации).

## ГЛАВА 2

### **ПРИЗНАКИ, КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ХЕРУВИЗМА, ДИСПЛАЗИИ МЫШЕЧКОВОГО ОТРОСТКА, ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕЛЮСТИ**

8. Признаки и критерии херувизма, дисплазии мышечкового отростка, фиброзной дисплазии челюсти:

деформация тканей;

нарушение конфигурации челюстно-лицевой области.

Данные заболевания характеризуются разнообразной локализацией, протяженностью и глубиной поражения – от незначительных поверхностных деформаций до объемных дефектов костей лицевого черепа.

Херувизм (семейная фиброзная дисплазия и ювенильная фиброзная дисплазия) представляет одну из разновидностей диспластического поражения нижней челюсти, отличающуюся симметричным «вздутием» ее углов. В результате этого лицо приобретает одутловато-округлую форму, подобную лицу херувима. Заболевание характеризуют круглые опухшие щеки, широкая нижняя челюсть, подвижные или отсутствующие зубы, глаза, которые слегка поворачиваются вверх. В этиологии придают значение мутации гена SH3BP2, локализованного на хромосоме 4p16.3.

Рентгенологическую картину характеризует диффузное увеличение пораженного участка кости с деструкцией костной ткани в виде чередования мелких участков уплотнения и разрежения. Наблюдается так называемая картина «матового стекла». На ранних стадиях фиброзной дисплазии участки разрежения более крупные, границы нечеткие, патологическая ткань постепенно переходит в нормальную костную. Кортикальная пластинка челюсти истончена, но, как правило, не прерывается. Рассасывание корней зубов, расположенных в очаге поражения, не отмечается. Рентгенография при полиоссальной форме выявляет характерные изменения в нескольких костях.

Дисплазия мышечного отростка характеризуется медленно прогрессирующим односторонним ростом головки и шейки мышечного отростка нижней челюсти. Это приводит к неправильному прикусу, нарушению конфигурации лица и переключению на середину подбородка на незатронутую сторону. Характеристики гиперплазии мышечков также могут включать: задний открытый прикус или наклон окклюзионной плоскости, в зависимости от времени, когда развивается гиперплазия, и асимметрию нижней половины лица. Характерными симптомами гиперплазии нижних полушарий являются асимметричные кости лица (увеличенные нижние кости лица с одной стороны).

Фиброзная дисплазия челюсти чаще выявляется у детей, но иногда, протекая незаметно, медленно прогрессирует в течение многих лет и обнаруживается уже у пациентов старше 18 лет. Только у единичных пациентов имеют место болевые ощущения. Фиброзная дисплазия встречается чаще у женщин, чем у мужчин. Костные разрастания в мозговом и лицевом черепе бывают чаще односторонними и поэтому вызывают выраженное нарушение конфигурации челюстно-лицевой области. Сформировавшийся очаг на челюсти выглядит как костное «вздутие» или неравномерная бугристость кости. Отмечается более частое поражение верхней челюсти, при этом, возникает деформация за счет болезненного, медленно увеличивающегося, иногда бугристого взбухания костной ткани в вестибулярную и небную стороны. Альвеолярный отросток постепенно увеличивается, зубы становятся подвижными вследствие сдавления патологической тканью. Кожные покровы и слизистая оболочка над очагом поражения не изменены, реакции регионарных лимфатических узлов нет. Так как процесс прогрессирует медленно (годами, десятилетиями), безболезненно, а иногда как бы приостанавливается (стабилизируется), заболевание нередко долгое время остается незамеченным.

Макроскопически фиброзная дисплазия чаще всего серого цвета, расположена под кортикальной пластинкой, с хрустом режется скальпелем, слегка кровоточит. Иногда ткань выглядит ослизненной.

Микроскопически для фиброзной дисплазии характерно разрастание патологической клеточно-волоконной остеогенной ткани с наличием незрелых костных балочек от единичных до густого их переплетения. При пролиферирующей форме фиброзной дисплазии возле примитивных костных структур наблюдаются скопления вытянутых отростчатых клеток с крупными гиперхромными ядрами и многочисленными фигурами деления, что может эмулировать строение саркомы. Нередко полиоссальное поражение лицевого и мозгового черепа дает картину «костной львинности лица».

9. Фиброзная дисплазия челюсти классифицируется на монооссальную (однокостную) и полиоссальную (многокостную), встречающуюся значительно реже.

В соответствии с Международной патогистологической классификацией (2013), фиброзную дисплазию следует относить к фиброзно-костным новообразованиям (поражениям).

### **ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ХЕРУВИЗМА, ДИСПЛАЗИИ МЫШЕЧНОГО ОТРОСТКА, ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕЛЮСТИ**

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:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания;

выявление жалоб (их характер и сроки появления), 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, 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;

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);

фотограммы лица.

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

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

спиральная компьютерная томография;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) челюстно-лицевой области и шеи;

УЗИ органов брюшной полости;

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

консультация врача-специалиста (врача-онколога, 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:

16.1. клиническое обследование пациента:

сбор анамнеза, установка причины возникновения и развития заболевания;

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

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

осмотр, пальпация регионарных лимфатических узлов, 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;

16.2. инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

ортопантомография челюстей или КЛКТ;

инцизионная биопсия (патогистологическое исследование);

фотограммы лица.

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

инструментальные диагностические исследования:

лучевые методы исследования:

спиральная компьютерная томография;

УЗИ челюстно-лицевой области и шеи;

УЗИ органов брюшной полости;

лабораторные исследования:

общий анализ крови;

биохимический анализ крови;

коагулограмма;

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

#### ГЛАВА 4

### ЛЕЧЕНИЕ ХЕРУВИЗМА, ДИСПЛАЗИИ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА, ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЧЕЛЮСТИ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

18. Обязательными лечебными мероприятиями в амбулаторных условиях являются:

18.1. хирургические лечебные мероприятия:

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

осуществление динамического наблюдения;

18.2. консервативное лечение:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 2;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3.

19. Обязательными лечебными мероприятиями в стационарных условиях являются:

19.1. 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;

19.2. хирургические лечебные мероприятия:

лечение херувизма:

вид обезболивания: местная анестезия с использованием ЛС согласно приложению 4; местная потенцированная анестезия; общее обезболивание;

резекция пораженного участка челюсти в пределах здоровых тканей с патогистологическим исследованием иссеченных тканей (в два этапа: первый – с получением первичного заключения «по cito!» – для верификации объема операции; второй – окончательное заключение биопсии);

по медицинским показаниям – с костной пластикой аутокостным трансплантатом, ортотопическими аллотрансплантатами, с использованием титановых пластин, имплантатов;

по ходу операции гемостаз электродиатермокоагуляцией, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

лечение дисплазии мышечного отростка:

вид обезболивания – общее обезболивание;

кондилэктомия или моделирование формы суставной головки при гиперплазии с патогистологическим исследованием иссеченных тканей (в два этапа: первый – с получением первичного заключения «по cito!» – для верификации объема операции; второй – окончательное заключение биопсии);

артропластика аутокостным и костно-хрящевым трансплантатом, ортотопическими аллотрансплантатами, с использованием титановых пластин, имплантатов;

по ходу операции гемостаз электродиатермокоагуляцией, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

лечение фиброзной дисплазии челюсти:

вид обезболивания – общее обезболивание;

резекция пораженного участка челюсти в пределах здоровых тканей с патогистологическим исследованием иссеченных тканей (в два этапа: первый – с получением первичного заключения «по cito!» – для верификации объема операции; второй – окончательное заключение биопсии);

по медицинским показаниям – с костной пластикой аутокостным трансплантатом, ортотопическими аллотрансплантатами, с использованием титановых пластин, имплантатов;

по ходу операции гемостаз электродиатермокоагуляцией, наложение швов (швы снимают на 7–10 сутки);

перевязка послеоперационной раны с инстилляцией антисептическими ЛС согласно приложению 1;

19.3. консервативное лечение:

комплексная противовоспалительная терапия:

при возникновении инфекционных осложнений – антибактериальные ЛС согласно приложению 2;

с целью снижения болевого синдрома – нестероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 3;

с целью уменьшения послеоперационного отека – стероидные противовоспалительные ЛС согласно приложению 5.

20. Возможные исходы заболеваний:

выздоровление с достижением удовлетворительного функционально-эстетического результата;

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

21. При отсутствии функциональных, эстетических показаний, болевого синдрома медицинское наблюдение в амбулаторных условиях пациентов с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти осуществляется врачом-стоматологом-хирургом амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства и включает контроль при помощи лучевых методов исследования. Периодичность медицинского наблюдения – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение 1  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население)  
с херувизмом, дисплазией  
мышечного отростка,  
фиброзной дисплазией челюсти»

**Антисептические и дезинфицирующие ЛС, применяемые при лечении пациентов  
(взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечного отростка,  
фиброзной дисплазией челюсти**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
<b>D08A Антисептические и дезинфицирующие средства</b>			
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 2  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население)  
с херувизмом, дисплазией  
мышечного отростка,  
фиброзной дисплазией челюсти»

**Антибактериальные ЛС для системного применения, используемые при лечении пациентов (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечного отростка, фиброзной дисплазией челюсти**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
<b>J01C Бета-лактамы, пенициллины</b>			
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
<b>J01D Прочие бета-лактамы, пенициллины</b>			
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	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

		оболочкой, 125 мг; 250 мг; 500 мг	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 3

к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население)  
с херувизмом, дисплазией  
мышцелкового отростка,  
фиброзной дисплазией челюсти»

**Нестероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышцелкового отростка, фиброзной дисплазией челюсти**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
M01A 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 4  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население)  
с херувизмом, дисплазией  
мышцелкового отростка,  
фиброзной дисплазией челюсти»

**Анестетики, применяемые при лечении пациентов (взрослое население)  
с херувизмом, дисплазией мышцелкового отростка, фиброзной дисплазией челюсти**

№ 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 5  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население)  
с херувизмом, дисплазией  
мышечного отростка,  
фиброзной дисплазией челюсти»

**Стероидные противовоспалительные ЛС, применяемые при лечении пациентов  
(взрослое население) с херувизмом, дисплазией мышечного отростка,  
фиброзной дисплазией челюсти**

№ 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