Приложение к Приказу

Министерства здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 года №\_\_\_\_\_

**Клинические рекомендации**

**«Герпетический гингивостоматит»**

**Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** В00.2X, К12.02

**Возрастная категория:** Дети

**Год утверждения (частота пересмотра):** 2023 год (пересмотр каждые 5 лет)

**Оглавление**

[**Список сокращений 3**](#_Toc142483912)

[**Термины и определения 3**](#_Toc142483913)

[**1. Краткая информация 3**](#_Toc142483914)

[**1.1 Определение 3**](#_Toc142483915)

[**1.2 Этиология и патогенез 3**](#_Toc142483916)

[**1.3 Эпидемиология 5**](#_Toc142483917)

[**1.4 Кодирование по МКБ-10 5**](#_Toc142483918)

[**1.5 Классификация 5**](#_Toc142483919)

[**1.6 Клиническая картина 5**](#_Toc142483920)

[**2. Диагностика 7**](#_Toc142483921)

[**2.1 Жалобы и анамнез 7**](#_Toc142483922)

[**2.2 Физикальное обследование 7**](#_Toc142483923)

[**2.3 Лабораторная диагностика 8**](#_Toc142483924)

[**2.4 Инструментальная диагностика 8**](#_Toc142483925)

[**2.5 Иная диагностика 8**](#_Toc142483926)

[**3. Лечение 8**](#_Toc142483927)

[**3.1 Консервативное лечение 8**](#_Toc142483928)

[**3.2 Хирургическое лечение 9**](#_Toc142483929)

[**3.3 Иное лечение 9**](#_Toc142483930)

[**4. Реабилитация 9**](#_Toc142483931)

[**5. Профилактика и диспансерное наблюдение 9**](#_Toc142483932)

[**6. Организация медицинской помощи 11**](#_Toc142483933)

[**7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома 11**](#_Toc142483934)

[**Критерии оценки качества медицинской помощи 12**](#_Toc142483935)

[**Список литературы 13**](#_Toc142483936)

[**Приложение А1.**](#_Toc142483937) [**Состав Рабочей группы 15**](#_Toc142483938)

[**Приложение А2.**](#_Toc142483939) [**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата. 16**](#_Toc142483940)

[**Приложение Б.**](#_Toc142483941) [**Алгоритмы действий врача 17**](#_Toc142483942)

[**Приложение В.**](#_Toc142483944) [**Информация для пациента. 19**](#_Toc142483945)

# **Список сокращений**

ВПГ – вирус простого герпеса

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра;

НИЛИ -гелий-неоновый лазер.

ОГС – острый герпетический стоматит

УФО – ультрафиолетовое облучение

IgM и IgG – иммуноглобулин класса М и класса G

# 

# **Термины и определения**

**Вирусемия** - состояние организма, при котором [вирусы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81) попадают в кровоток и могут распространяться по всему телу.

**Афта** - это эрозия или изъязвление слизистой оболочки полости рта.

# **1. Краткая информация**

## **1.1 Определение**

Острый герпетический стоматит (ОГС) - инфекционное вирусное заболевание, обусловленное первичным контактом с вирусом простого герпеса, характеризующееся воспалением слизистой оболочки полости рта с проявлением пузырьковых высыпаний, повышением температуры тела и снижением иммунитета.

## **1.2 Этиология и патогенез**

Вирус вызывает различные заболевания центральной и периферической нервной системы, печени, других паренхиматозных органов, глаз, кожи, слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, половых органов, а также имеет определенное значение во внутриутробной патологии плода. Нередко в клинике наблюдается сочетание различных клинических форм герпетической инфекции.

Распространение заболевания в возрасте от 6 месяцев до 3 лет объясняется тем, что в этом возрасте у детей исчезают антитела, полученные от матери интерплацентарно, а также отсутствием зрелых систем специфического иммунитета и ведущей роли неспецифической защиты. Среди детей старшего возраста заболеваемость значительно ниже вследствие приобретенного иммунитета после перенесенной герпетической инфекции в ее разнообразных клинических проявлениях. Тяжесть острого герпетического стоматита оценивается по выраженности и характеру симптома токсикоза и симптома поражения слизистой оболочки полости рта.

Заражение происходит воздушно-капельным, контактно-бытовым путем (через игрушки, посуду и другие предметы домашнего обихода), а также от лиц, страдающих рецидивирующим герпесом.

В развитии герпетической инфекции, проявляющейся преимущественно в полости рта, большое значение имеют структура слизистой оболочки полости рта у детей в раннем детском возрасте и активность местного тканевого иммунитета. Наибольшая распространенность острого герпетического стоматита в период до 3 лет может быть обусловлена возрастно-морфологическими показателями, свидетельствующими о высокой проницаемости в этот период гистогематических барьеров и понижении морфологических реакций иммунитета: тонким эпителиальным покровом с низким уровнем гликогена и рибонуклеиновых кислот, рыхлостью и низкой дифференцировкой базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани (обильной васкуляризацией, высоким уровнем содержания тучных клеток с их низкой функциональной активностью и т.д.).

Вопросы патогенеза острого герпетического стоматита в настоящее время изучены недостаточно полно. Во всех случаях вирусная инфекция начинается с адсорбции вирусных частиц и проникновения вируса в клетку. Дальнейшие пути распространения внедрившегося вируса по организму сложны и мало изучены. Существует ряд положений, указывающих на распространение вируса гематогенным и неврогенным путями. В острый период стоматита у детей имеет место вирусемия.

Большое значение в патогенезе заболевания придается лимфоузлам и элементам ретикулоэндотелиальной системы, что вполне согласуется с патогенезом последовательного развития клинических признаков стоматита. Появлению элементов поражения на слизистой оболочке рта предшествует лимфаденит разной степени выраженности. При среднетяжелой и тяжелой клинических формах чаще развивается двустороннее воспаление подчелюстных лимфатических узлов. В процесс могут вовлекаться и все группы шейных лимфоузлов (передние, средние, задние). Лимфаденит при остром герпетическом стоматите предшествует высыпаниям элементов поражения во рту, сопутствует всему течению болезни и остается в течение 7-10 дней после полной эпителизации элементов.

В устойчивости организма к заболеванию и в его защитных реакциях важную роль занимает иммунологическая защита. В иммунологической реактивности играют роль специфические и неспецифические факторы иммунитета. Среднетяжелая и тяжелая формы стоматита приводят к резкому угнетению естественного иммунитета, который восстанавливается через 7-14 дней после клинического выздоровления ребенка.

## **1.3 Эпидемиология**

Среди вирусных заболеваний герпес (от греческого herpes – лихорадка) занимает одно из ведущих мест.

В настоящее время одной из наиболее распространенных инфекций в детском возрасте является герпетическая инфекция, что объясняется не только широкой распространенностью вируса простого герпеса (ВПГ), но и особенностями становления иммунной системы в развивающемся организме ребенка.

## **1.4 Кодирование по МКБ-10**

**В00 Инфекции, вызванные вирусом герпеса**

В00.2 Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит

В00.2Х Герпетический гингивостоматит

**К12 Стоматит и родственные поражения**

К12.02 Герпетиформный стоматит (герпетиформная сыпь)

## **1.5 Классификация**

- Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит.

- Герпетический гингивостоматит.

- Герпетиформный стоматит (герпетиформная сыпь).

## **1.6 Клиническая картина**

Острый герпетический стоматит, как и многие другие детские инфекционные заболевания, протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Инкубационный период длится от 2 до 17 дней, а у новорожденных он может продолжаться и до 30 дней. Развитие болезни проходит четыре периода: продромальный, период развития болезни, угасания и клинического выздоровления. В периоде развития болезни можно выделить две фазы — катаральную и высыпания элементов поражения.

Симптомы поражения слизистой оболочки полости рта появляются в периоде развития болезни. Появляется интенсивная гиперемия всей слизистой оболочки полости рта, через сутки, реже двое, во рту, как правило, обнаруживаются элементы поражения (пузырек, афта).

Легкая форма ОГС характеризуется внешним отсутствием симптомов интоксикации организма, продромальный период клинически отсутствует. Болезнь начинается внезапно, повышением температуры до 37-37,5°. Общее состояние ребенка вполне удовлетворительное. У ребенка могут обнаруживаться незначительные явления воспаления слизистой оболочки носа, верхних дыхательных путей. Иногда в полости рта возникают явления гиперемии, небольшого отека, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). Длительность периода 1-2 дня. Стадия везикулы обычно просматривается родителями и врачом, т.к. пузырек быстро лопается и переходит в эрозию-афту.

Период угасания болезни длительный. В течение 1-2 дней элементы приобретают как бы мраморную окраску, края и центр их размываются. Они уже менее болезненны. После эпителизации элементов 2-3 дня сохраняются явления катарального гингивита, особенно в области передних зубов верхней и нижней челюсти.

Среднетяжелая форма ОГС характеризуется достаточно четко выраженными симптомами токсикоза и поражения слизистой оболочки полости рта во все периоды болезни. В продромальном периоде ухудшается самочувствие ребенка, появляется слабость, капризы, ухудшение аппетита, может быть катаральная ангина или симптомы острого респираторного заболевания. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура поднимается до 37-37,5°.

В период развития заболевания (фаза катарального воспаления) температура достигает 38-39°, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой высыпают элементы поражения как в полости рта, так и нередко на коже лица приротовой области. В полости рта обычно от 10 до 20-25 элементов поражения. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкая, тягучая. Отмечаются ярко выраженное воспаление и кровоточивость десен.

Возможны повторные высыпания, из-за чего при осмотре можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и цитологического развития. После первого высыпания элементов поражения температура тела обычно снижается до 37-37,5°С. Однако последующие высыпания, как правило, сопровождаются подъемом температуры до прежних цифр. Ребенок не ест, плохо спит, нарастают симптомы интоксикации.

Продолжительность периода угасания болезни зависит от сопротивляемости организма ребенка, наличия кариозных и разрушенных зубов, нерациональной терапии. Последние факторы способствуют слиянию элементов поражения, их последующему изъязвлению, появлению язвенного гингивита. Эпителизация элементов поражения затягивается до 4-5 дней. Дольше всего (до 10-14 дней) сохраняется гингивит, резкая кровоточивость десны и лимфаденит.

Тяжелая форма ОГС встречается значительно реже, чем среднетяжелая и легкая.

В продромальном периоде у ребенка имеют место все признаки начинающегося острого инфекционного заболевания: апатия, адинамия, головная боль, кожно-мышечная гиперестезия, артралгия и др. Нередко наблюдаются симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: бради - или тахикардия, приглушение тонов сердца, артериальная гипотония. У некоторых детей отмечаются носовые кровотечения, тошнота, рвота, отчетливо выраженный лимфаденит не только подчелюстных, но и шейных лимфоузлов.

В период развития болезни температура поднимается до 39-40°С. Может быть нерезко выраженный насморк, покашливание, несколько отечны и гиперемированы конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запекшиеся. В полости рта слизистая оболочка отечна, ярко гиперемирована, резко выраженный гингивит.

Через 1-2 суток в полости рта начинают появляться элементы поражения до 20-25. Часто высыпания в виде типичных герпетических пузырьков появляются на коже приротовой области, коже век и конъюнктиве глаз, мочке ушей, на пальцах рук, по типу панариция. Высыпания в полости рта рецидивируют и поэтому в разгар болезни у тяжелобольного ребенка их насчитывают около 100. Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой. Поражаются не только губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, но и десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Резкий гнилостный запах изо рта, обильное слюнотечение с примесью крови. Усугубляются воспалительные явления на слизистой оболочке носа, дыхательных путей, глаз. В секрете из носа и гортани обнаруживаются также прожилки крови, а иногда отмечаются носовые кровотечения. В таком состоянии дети нуждаются в активном лечении у педиатра и стоматолога, в связи с чем целесообразным является госпитализация ребенка в изолятор педиатрической или инфекционной больницы.

Период угасания болезни зависит от своевременного и правильного назначения лечения и от наличия в анамнезе ребенка сопутствующих заболеваний.

# **2. Диагностика**

## **2.1 Жалобы и анамнез**

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и кровоточивость десен, их характер, сроки появления, когда родители обратили на них внимание. В анамнезе родители указывают на повышение температуры тела, вялость, слабость, беспокойство ребенка, плохой сон, отказ от еды, боли в горле при глотании.

## **2.2 Физикальное обследование**

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

1. ярко гиперемированная десна;

2. повышение температуры тела;

3. увеличение регионарных лимфатических узлов;

4. неудовлетворительная гигиена зубов и рта;

5. отказ ребенка от еды, прогулок, привычного образа жизни;

6. недомогание, слабость.

При внешнем осмотре оценивают форму лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Осмотр лимфатических узлов головы и шеи проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного процесса.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

## **2.3 Лабораторная диагностика**

Цитоморфологическое и иммунологическое исследования мазков – отпечатков и соскобов со слизистой оболочки полости рта.

**2.4 Инструментальная диагностика**

Не проводится.

**2.5 Иная диагностика**

Не проводится.

**3. Лечение**

## **3.1 Консервативное лечение**

***Легкая форма***

В стадии разгара проводят обработку полости рта, повторяющуюся 3-4 раза в день, через час после приема пищи следующими средствами: антисептическими препаратами, противовирусными мазями. Для снижения болезненности элементов поражения возможно применение локальных анестетиков.

В стадии угасания болезни назначают НИЛИ (гелий-неоновый лазер). Местную обработку проводят в том же режиме, что и в стадии разгара, но противовирусные препараты заменяют средствами, способствующими эпителизации. Для снижения кровоточивости десны проводят аппликации вяжущих препаратов.

***Среднетяжелая и тяжелая формы*** требуют комплексного лечения.

Встадии разгара:

*общее лечение*:

- нераздражающее полноценное питание;

- обильное питье;

- противовирусные препараты внутрь;

- гипосенсибилизирующие препараты;

- иммуннокорригирующие препараты;

- витамины;

- симптоматическое (жаропонижающие препараты и др.).

*местное лечение*:

- обезболивающие;

- антисептики;

- ферментные препараты;

- противовирусные мази или кремы (могут не назначаться при приеме противогерпетических препаратов внутрь);

- средства, ускоряющие эпителизацию (в стадии угасания);

- средства, обладающие иммуномодулирующими и интерфероногенными свойствами, адаптогены;

- вяжущие препараты (для снижения кровоточивости десен).

В стадии угасания лечение проводится теми же методами и препаратами, что и при легкой форме, но требует большего времени.

Лечение тяжелой формы ОГС нередко проводится в условиях стационара для создания адекватных условий замены таблетированных форм противовирусных препаратов на инъекционные, организации дезинтоксикационной и регидратационной терапии и парентерального питания.

**3.2 Хирургическое лечение**

Не проводится.

**3.3 Иное лечение**

Не проводится.

# **4. Реабилитация**

Не проводится.

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

Первичное заражение ВПГ происходит контактным или воздушно-капельным путем. Подтверждена контагиозность ОГС. Инкубационный период заболевания составляет 2-10 дней. Поэтому необходимо соблюдение противоэпидемических мер.

Важное значение имеют оптимальные сроки изоляции детей с ОГС от восприимчивых к герпетической инфекции лиц - менее 10-11 дней в зависимости от длительности заразительного периода.

В системе стоматологического обслуживания детей следует предусмотреть организационные противоэпидемические меры в отношении ОГС:

- в детских учреждениях, особенно в ясельных группах, не следует допускать до работы с детьми сотрудников в период проявления рецидивов хронического герпетического поражения кожи, глаз, слизистой оболочки полости рта;

- в детских стоматологических поликлиниках или отделениях целесообразно выделить специализированный отдельный кабинет (а при возможности и специального врача) для лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта; целесообразно выбрать такое расположение кабинета, чтобы дети были по возможности изолированы от других детей, посещающих поликлинику.

В кабинете должны быть дневное полноценное освещение, ультрафиолетовое облучение (УФО) при помощи бактерицидной лампы, сухожаровой стерилизатор для инструментов кабинета, набор антисептических, противовирусных, противовоспалительных, кератопластических и обезболивающих средств, журнал регистрации детей, больных вирусным стоматитом, с обязательным указанием детского учреждения, которое посещает ребенок, и домашнего адреса, с целью своевременного уведомления персонала детского учреждения и принятия действенных мер предупреждения распространения заболевания; бланки для рецептов и др.

Врач-стоматолог, кроме осуществления лечебной квалифицированной помощи детям, больным ОГС, должен проводить противоэпидемическую и профилактическую работу, контролировать дезинфекцию стоматологического инструментария, всех поверхностей рабочего кабинета и обеззараживание содержимого плевательниц перед выведением раствором лизола, сообщать о выявленном заболевании в детские коллективы, откуда поступают больные дети, посещать детские учреждения района с целью организации профилактических осмотров и обучение сотрудников этих учреждений проведению противоэпидемических мероприятий.

При регистрации вспышки ОГС медицинскому персоналу детских садов, яслей, домов ребенка и других учреждений рекомендуется проводить ежедневный осмотр детей с целью выявления признаков продромального периода заболевания (лимфаденит, гиперемия слизистой оболочки полости рта, изменение поведения ребенка и т. д.). Симптомы этого периода имеют большое значение, так как лечение, проведенное в этот момент (интерферон, противовирусные мази, поливитамины, десенсибилизирующие и общеукрепляющие средства), предотвращает в большинстве случаев дальнейшее развитие болезни. Для профилактики ОГС здоровым детям этого коллектива назначают противовирусные препараты и общеукрепляющие средства.

С целью прекращения распространения инфекции в детских учреждениях необходимо проведение дезинфекции помещений, предметов обихода, игрушек 3 % раствором хлорамина, необходимо проветривать помещения, проводить общегигиенические мероприятия, применять ультрафиолетовые лучи.

С целью профилактики рецидивов и лечения герпетической инфекции применяют специфические антигены (вакцины) в расчете на иммуностимулирующий эффект.

Таким образом, инфекционная природа широко распространенного среди детей ОГС и его контагиозность обусловливают необходимость проведения противоэпидемических мероприятий и разработки эффективных мер профилактики этого заболевания.

После проведения лечения ОГС необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта не реже 2 раз в год.

В домашних условиях рекомендуется изоляция ребенка и использование индивидуальной посуды и средств гигиены, организация присмотра за детьми с целью предупреждения различных видов травмы, закаливание детей.

В заключение следует отметить, что ОГС, протекая в любой форме, является острым инфекционным заболеванием и требует во всех случаях внимания со стороны врача-педиатра и врача-стоматолога для того, чтобы обеспечить комплексное лечение, исключить контакт больного ребенка со здоровыми детьми, провести меры профилактики этого заболевания в детских коллективах.

**6. Организация медицинской помощи**

Лечение пациентов с ОГС проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, в отделениях и кабинетах детской терапевтической стоматологии многопрофильных лечебно-профилактических учреждений (желательно специально оборудованное помещение), инфекционных отделениях детских больниц.

Оказание помощи больным с ОГС осуществляется в основном врачами стоматологами детскими, врачами-педиатрами, врачами-инфекционистами, врачами-стоматологами, зубными врачами, врачами – физиотерапевтами. В процессе оказания помощи принимают участие средний и младший медицинский персонал.

# **7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование исхода** | **Частота развития, %** | **Критерии и признаки** | **Ориентировочное время достижения исхода** | **Преемственность и этапность оказания медицинской помощи** |
| Компенсация функции | 95% | Восстановление внешнего вида слизистой полости рта, отсутствие признаков воспаления | После профилактического лечения | Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 1% | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции, стрептостафилодермия) | На любом этапе | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 4% | Прогрессирование заболевания | На любом этапе | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

# **Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Критерии качества** | **Оценка выполнения** | |
| **1** | **Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества** |  |  |
|  | Проводилось ли при постановке диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛО, перкуссия зубов, определение прикуса, и индексов гигиены. | Да | Нет |
|  | Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу | Да | Нет |
|  | Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания | Да | Нет |
|  | Проводилось ли местное обезболивание при лечении | Да | Нет |
|  | Обучение гигиене полости рта | Да | Нет |
|  | Микроскопическое исследование отделяемого на чувствительность к вирусу герпеса | Да | Нет |
| **2** | **Временные критерии качества** |  |  |
|  | Отсутствие осложнений (общих и местных) | Да | Нет |
|  | Динамическое наблюдение каждые полгода | Да | Нет |
|  | Профилактическая гигиена полости рта 2 раза в год | Да | Нет |
| **3** | **Результативные критерии качества** |  |  |
|  | Восстановление функций зубочелюстной системы | Да | Нет |
|  | Улучшение качества жизни | Да | Нет |

# **Список литературы**

1. МКБ-10, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 3-х томах - М., 2003г

2. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. «Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ» Москва 2008 г.

3. Даниленко С.М. «Наиболее часто встречающиеся заболевания слизистой оболочки полости рта» Consilium – Provisorium 2001г.

4. Долгих М.С., Феоктистова Е.Ю., Пожарова О.В. «Диагностика герпесвирусных инфекций методом полимеразной цепной реакции у пациентов после пересадки органов»//Клинико-лабораторная диагностика, 1999 г.

5. Иванова Е.Н. «Заболевания слизистой оболочки полости рта». Ростов-на-Дону, 2007г.

6. Елизарова В.М., Страхова С.Ю., Дроботько Л.Н. «Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей» Москва 2008 г.

7. Исаков В.А., Сельков С.А., Мошетова Л.К., Чернакова Г.М. «Современная терапия герпесвирусных инфекций» Санкт-Петербург-Москва, 2004г.

8. Кармалькова Е.А. «Лечение ОГС у детей». Здравоохранение Белоруси, 1995 г.

9. Коломиец А.Г. «Новые герпесвирусы человека и вызываемая ими патология». Клиническая медицина 1997г.

10. Костинов М.П. «Иммунокоррекция в педиатрии» Москва, Медицина для вас, 2001г.

11.Кузьмина Э.М. «Профилактика стоматологических заболеваний». Учебное пособие. — «Поли Медиа Пресс», 2001.

12.Ласкарис Дж. «Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта». Руководство для врачей. – М., 2006г.

13.Леус П.А. Горегляд А.А. Чудакова И.О. «Заболевания зубов и полости рта» Минск 2001г.

14.Лукиных Л.М. «Заболевание слизистой оболочки полости рта» Н.Новгород 2000г.

15. Луцкая И.К. «Заболевание слизистой оболочки полости рта» Москва 2014 г.

16.Масычева В.И. «Особенности формирования противовирусной устойчивости при местном применении индукторов интерферона», 1997г.

17.Михайловская В.П. «Лечение острого герпетического стоматита у детей»//Дисс. канд.мед.наук, Минск, 1990 г.

18.Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф. «Клиническое изучение солкосерил-дентальной адгезивной пасты и мундизал – геля при лечении хронического рецидивирующего афтозного и герпетического стоматитов». Стоматология 1999г.

19.Семенова Т.Б., Губанова Е.И. «Современные представления о клинике, особенностях эпидемиологии и лечении простого герпеса»//Леч.врач 1999 г.

20. Цветкова Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В., Перламутров Ю.Н. «Заболевания слизистой оболочки рта и губ» Москва 2009г.

**Приложение А1.**

**Состав Рабочей группы**

**Председатель:**

Китаева Е.Ю. – главный внештатный стоматолог Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника»;

**Члены:**

Голубова А.С. – заведующая Бендерским отделением государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника»;

Фукс А.П. – заместитель главного врача государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника»;

Черников О.А. – врач стоматолог-ортопед государственного унитарного предприятия «Республиканская стоматология».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провелэксперт по клиническому направлению (специальности) «Стоматология» **Вишнякова Т.Е. –** заместитель главного врача по лечебной работе государственного унитарного предприятия «Республиканская стоматология».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

**Приложение А2.**

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Настоящие клинические рекомендации несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объём медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в пять лет. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учетом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

Настоящие клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых актов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года   
   № 29-З «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22).

# **Приложение Б.**

# **Алгоритмы действий врача**



**Алгоритм лечения пациента**



# **Приложение В.**

# **Информация для пациента.**

1. В острый период заболевания зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.

2. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3 дней, необходимо обратиться к врачу.

3. Профессиональная гигиена должна проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев у лечащего врача-стоматолога.

4. Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых тканей зубов, использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.

5.Обязательно посещать плановые осмотры.

6. Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов.

7. Оздоровление условий труда, отдыха, питания и здоровый образ жизни.