

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
30 марта 2026 г. № 24

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 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 доброкачественным новообразованием слюнных желез» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными новообразованиями костей черепа и лица» (прилагается);

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

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

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными новообразованиями кожи, меланоформным невусом лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с кистами области рта, не классифицированными в других рубриках» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гигантоклеточной гранулемой центральной» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с воспалительными заболеваниями челюстей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с периимплантитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с альвеолитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями слюнных желез» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с флегмонами и абсцессами области рта» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гранулемой и гранулемоподобными поражениями слизистой оболочки полости рта» (прилагается);

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с переломом лицевых костей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с вывихом нижней челюсти» (прилагается);

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с осложнениями хирургических и терапевтических вмешательств в челюстно-лицевой области» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с рубцовыми деформациями и дефектами мягких тканей лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с последствиями перелома костей лица» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с параличом мимических мышц лица вследствие травмы лицевого нерва» (прилагается).

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 августа 2017 г. № 80 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области».

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

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

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

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.03.2026 № 24

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями слюнных желез»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания челюстно-лицевой и стоматологической хирургической медицинской помощи пациентам (взрослое население) с сиаладенитом, абсцессом слюнной железы (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K11.2 Сиаладенит; K11.3 Абсцесс слюнной железы, K11.4 Свищ слюнной железы, K11.5 Сиалолитиаз, K11.6 Мукоцеле слюнной железы: слизистая киста с экссудатом, слизистая ретенционная киста, рана).

2. 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:

абсцесс слюнной железы – гнойное расплавление слюнной железы;

сиаладенит – острое или хроническое воспаление слюнной железы;

слюнной свищ внутренний – свищ, открывающийся на поверхности слизистой оболочки рта в отдалении от естественного устья выводного протока;

слюнной свищ наружный – патологический канал, по которому слюна вытекает через отверстие, расположенное в области кожных покровов;

слюннокаменная болезнь (сиалолитиаз) – заболевание, которое характеризуется образованием конкрементов в протоках слюнных желез;

мукоцеле (киста слюнной железы) – полостное опухолеподобное образование, возникающее в результате травмы выводного протока слюнных желез, ведущей к рубцеванию его и задержке секрета.

3. Для лечения заболеваний слюнных желез применяют базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

4. ЛП 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 ЛП и МИ.

5. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем).

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

7. Решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

8. Лечение пациентов с хроническим сиаладенитом в стадии обострения и другими заболеваниями слюнных желез проводится в стационарных условиях, лечение пациентов с мукоцеле и ретенционными кистами слюнной железы, при поверхностной локализации в области слизистой оболочки губы, щечной области и размерами до 1 см – в амбулаторных условиях.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

9. Сиаладениты подразделяются по характеру течения на:

острый;
хронический;
обострение хронического.

Острый сиаладенит классифицируют:

по этиологии инфекционного агента:

вирусный;
бактериальный;
грибковый;

по клинической стадии:

острый серозный;
острый гнойный;
абсцесс слюнной железы.

Хронический сиаладенит подразделяется по преимущественному поражению различных анатомических отделов слюнной железы на:

интерстициальный сиаладенит;
паренхиматозный сиаладенит;
протоковый сиаладенит.

10. Выделяют клинические, функциональные признаки острого сиаладенита:

10.1. клинические признаки острого сиаладенита:

жалобы на боль в области воспаленной железы;

могут наблюдаться симптомы общей интоксикации: повышение температуры тела, недомогание, слабость, потеря аппетита, плохой сон, нередко бессонница;

изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в проекции воспаленной железы;

возможно увеличение региональных лимфатических узлов на стороне поражения;

при пальпации отмечается плотная болезненная слюнная железа;

в полости рта определяется гиперемированный воспаленный выводной проток слюнной железы;

10.2. функциональные признаки острого сиаладенита:

ограничение и болезненность при открывании рта;

снижение секреции, выделение мутной слюны или гнойного экссудата;

при тяжелом течении возможно гнойное расплавление железы (абсцесс железы).

11. Клинические и функциональные признаки хронического сиаладенита:

11.1. клинические проявления:

безболезненная припухлость в области пораженной железы, которая располагается в пределах анатомических границ слюнной железы, частое вовлечение в процесс обеих околоушных слюнных желез, увеличенные железы имеют гладкую ровную или бугристую поверхность, с подлежащими тканями не спаяны, мягко-эластической консистенции, размеры и консистенция варьируют в зависимости от стадии процесса: в начальной и стадии выраженных клинических признаков заболевания железы мягкие, в поздней и в период обострения они становятся уплотненными;

11.2. функциональный признак – могут появиться ограничение и болезненность при открывании рта в период обострения, сниженная секреция.

12. Свищи слюнной железы подразделяются на:

- наружный;
- внутренний;
- полный;
- неполный.

Клинические признаки слюнного свища:

выделение слюны из слюнной железы на кожные покровы боковых отделов лица и шеи, вследствие чего происходит мацерация кожи, возникновение дерматита. При закупорке свищевого хода возможно болезненное увеличение слюнной железы;

полные свищи образуются в результате разрыва протока. При этом, вся слюна выделяется через свищ, связь слюнной железы с периферическим отделом выводного протока полностью отсутствует;

неполные свищи возникают при ранении стенки протока, и в этом случае сохраняется постоянный частичный отток слюны естественным путем через устье протока;

внутренний слюнной свищ, открывающийся в полость рта, никаких расстройств не вызывает и не требует лечения;

при свищах паренхимы околоушной железы на коже в пределах анатомических границ железы определяется точечное отверстие, из которого выделяется слюна. Этот свищ имеет короткий ход и идет в направлении ткани железы;

свищи поднижнечелюстной железы, как правило, расположены по ходу ее протока в полости рта. Наружные свищи этой железы и ее протока локализуются в поднижнечелюстной области.

13. По локализации конкремента сиалолитиаз подразделяется:

поднижнечелюстной слюнной железы:

дистальной части внежелезистого отдела выводного протока слюнной железы;

проксимальной части внежелезистого отдела выводного протока слюнной железы выше уровня мышечной диафрагмы дна полости рта;

проксимальной части внежелезистого отдела выводного протока слюнной железы на уровне мышечной диафрагмы дна полости рта;

проксимальной части внежелезистого отдела выводного протока слюнной железы ниже уровня мышечной диафрагмы дна полости рта;

внутрижелезистой локализации;

внутрижелезистой и внежелезистой локализации при наличии нескольких конкрементов;

околоушной слюнной железы:

внежелезистой локализации;

внутрижелезистой локализации;

подъязычной слюнной железы, малой слюнной железы:

внутрижелезистой локализации.

Клинические признаки сиалолитиаза:

начальная стадия характеризуется отсутствием клинических симптомов воспаления.

На первый план выступают явления стаза слюны, возникающие в связи с повышением секреторной нагрузки в процессе приема пищи. Возникает слюнная колика и увеличение в размерах железы, которые самопроизвольно проходят. Метод бимануальной пальпации позволяет достаточно четко определить плотный конкремент, располагающийся во внежелезистой части выводного протока железы, относительные размеры его, а также изменения величины и консистенции самой слюнной железы. При клинически выраженной стадии болезни могут возникать признаки типичного воспалительного процесса хронического рецидивирующего характера. Обострения воспалительного процесса могут протекать как острый гнойный воспалительный процесс. При этом слюнная железа увеличена, плотная и болезненная при пальпации. После купирования

острых воспалительных явлений, слюнная железа длительное время остается плотной, при этом слюна может быть прозрачной или слизеподобной.

14. Классификация кист слюнных желез:

- ретенционная киста малой слюнной железы;
- киста подъязычной слюнной железы (ранула);
- кисты поднижнечелюстной и околоушной слюнных желез.

Признаками мукоцеле слюнной железы являются:

наличие образования в подъязычной, поднижнечелюстной или околоушной областях;

медленный безболезненный рост образования в течение нескольких месяцев или лет; при размерах кисты подъязычной области от 1,5 до 7,0 см, она имеет голубоватый оттенок;

симптом флюктуации характерен при размерах кисты от 3,0 см до 7,0 см.

15. Для постановки или подтверждения диагноза осуществляются:

медицинский осмотр: сбор анамнеза, жалоб пациента с выяснением локализации болей при развитии воспаления, срока развития воспаления железы и локализации, аллергологический анамнез, перенесенные и сопутствующие заболевания, внешний осмотр;

лабораторные и инструментальные исследования:

обязательные: ультразвуковое исследование слюнных желез, зондирование свищевого хода, рентгенография дна полости рта или рентгенография челюстей в прямой и боковой проекциях – при сиалолитиазе;

дополнительные: спиральная компьютерная томография и (или) магнитно-резонансная томография слюнных желез, обзорные рентгенограммы челюстей для исключения патологии костной ткани, сиалография при хроническом в стадии ремиссии, фистулография, пункционная биопсия, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, амилаза, цитологическое исследование пунктата или отделяемого из свища;

врачебные консультации врачей-специалистов по профилю сопутствующей патологии или врачебные консилиумы.

16. На основании проведенных диагностических мероприятий и полученных данных проводят дифференциальную диагностику с доброкачественным новообразованием слюнной железы, остеомиелитом челюстей, сиалозом, с врожденным предушным свищом, абсцессом околоушно-жевательной области, злокачественным новообразованием, хроническим одонтогенным остеомиелитом челюстей, одонтогенной подкожной гранулемой, лимфаденитом, злокачественным новообразованием.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

17. Лечение пациентов с заболеваниями слюнных желез направлено на:

- устранение воспалительных явлений в слюнной железе;
- устранение слюнного свища;
- удаление конкремента;
- улучшение, сохранение или восстановление функции слюнных желез;
- предупреждение развития осложнений в послеоперационном периоде.

18. Обязательным лечебным мероприятием у пациентов с острым и обострением хронического сиаладенита является консервативное лечение – снятие воспалительных явлений в слюнной железе, профилактика рецидивов и осложнений с применением ЛП; массаж железы, бужирование и инстилляция протока раствором антисептика;

при абсцессе слюнной железы – вскрытие и дренирование гнойного очага.

Дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям) у пациентов с острым и обострением хронического сиаладенита – при выраженных структурно-функциональных нарушениях со стороны слюнной железы проводится ее экстирпация.

19. Обязательными лечебными мероприятием у пациентов со свищом слюнной железы являются:

хирургическое выделение и удаление свища на всем его протяжении до капсулы железы с ушиванием ее дефекта (при неполном наружном свище);
выведение свища в полость рта (при полном наружном свище).

Дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям) у пациентов со свищом слюнной железы являются:

микрохирургические органосохраняющие реконструктивные операции;
экстирпация поднижнечелюстной железы;
электрокоагуляция или лазерная абляция свищевого хода.

20. Обязательным лечебным мероприятием у пациентов с сиалолитиазом является удаление конкремента с сохранением слюнной железы.

Дополнительными лечебными мероприятиями у пациентов с сиалолитиазом являются:

удаление конкремента без сохранения слюнной железы (экстирпация железы), при локализации конкремента в дистальном отделе протока поднижнечелюстной слюнной железы выше диафрагмы дна полости рта удаление конкремента проводится в амбулаторных условиях;

при локализации конкремента в паренхиме слюнной железы при отсутствии жалоб и симптомов допускается динамическое наблюдение с проведением ультразвукового исследования 1 раз в год.

21. Обязательными лечебными мероприятиями у пациентов с мукоцеле слюнной железы в стационарных условиях являются:

цистэктомия – при кистах околоушной слюнной железы;
цистотомия – при кисте подъязычной слюнной железы области.

Дополнительным лечебным мероприятием (по медицинским показаниям) у пациентов с мукоцеле слюнной железы в стационарных условиях являются экстирпация слюнной железы вместе с кистой – при локализации кист в области поднижнечелюстной и малых слюнных желез.

22. В ходе лечения пациентов с заболеваниями слюнных желез применяются следующие ЛП:

ЛП для местной анестезии и проведения блокад слюнных желез согласно приложению 1;

антибактериальные ЛП для системного применения для подавления патогенной микрофлоры, периоперационной антибиотикопрофилактики и профилактики инфекционно-воспалительных осложнений согласно приложению 2;

кортикостероидные ЛП для системного применения с целью уменьшения отека тканей согласно приложению 3;

нестероидные противовоспалительные ЛП для уменьшения воспалительной реакции и снижения болевого синдрома согласно приложению 4;

антисептики и дезинфицирующие ЛП для полоскания полости рта и инстилляций протоков слюнных желез согласно приложению 5.

23. Критерии эффективности лечения пациентов с заболеваниями слюнных желез:

купирование воспалительных явлений в железе;

восстановление секреторной функции железы;

устранение наружного свища, отсутствие рецидива свища;

стабилизация или улучшение структурных и функциональных нарушений со стороны пораженной железы;

предотвращение обострений воспалительного процесса.

24. В период лечения следует придерживаться умеренной интенсивности физических нагрузок.

25. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях после проведенного лечения осуществляет врач-стоматолог-хирург территориальной амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения при остром сиаладените, мукоцеле слюнной железы

с периодичностью 1 раз в 6 месяцев в течение 1 года, при хроническом сиаладените – 1 раз в 6 месяцев постоянно, при сиалолитиазе – с периодичностью 1 раз в течение 1 года, затем 1 раз в 6 месяцев последующие 3 года.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с заболеваниями слюнных желез»

ЛП для местной анестезии, применяемые при лечении пациентов с заболеваниями слюнных желез

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1	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)	Местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая). ЛП предназначен для инъекционного применения в полости рта и может вводиться только в ткани, где отсутствует воспаление. При выполнении одной лечебной процедуры взрослым можно вводить артикаин в дозе до 7 мг на 1 кг массы тела
2	Лидокаин	Раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 5 мл; раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 2 мл	Местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая). Режим дозирования устанавливают индивидуально в зависимости от вида анестезии и места введения, размера анестезируемого участка, возраста пациента. ЛП следует вводить в наименьшей концентрации и наименьшей дозе, дающей требуемый эффект. Максимальная доза для взрослых не должна превышать 300 мг

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с заболеваниями слюнных желез»

Антибактериальные ЛП для системного применения, используемые при лечении пациентов с заболеваниями слюнных желез

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
1. J01C Бета-лактамы, пенициллины			
1.1	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)	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 ЛП растворяется в 20,0 мл воды)

		1000 мг/200 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инъекций) 500 мг/100 мг	для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. Взрослые по 1 таблетке 500 мг + 125 мг 3 раза в сутки или по 1 таблетке 875 мг + 125 мг 2 раза в сутки. ЛП принимают внутрь в начале приема пищи. Минимальный курс антибактериальной терапии составляет 5 дней. Лечение не должно продолжаться более 14 суток без пересмотра клинической ситуации
2. J01D Прочие бета-лактамы антибиотики			
2.1	Цефазолин	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг; порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг (порошок разводят раствором натрия хлорида 9 мг/мл)	Режим дозирования выбирают индивидуально с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Вводят внутримышечно или внутривенно (струйно или капельно). Обычная доза 1–2 г в сутки, которые вводят в 2–3 приема каждые 8 или 12 часов. Предоперационная антибиотикопрофилактика: внутривенно струйно в дозе 2 г при весе пациента меньше 120 кг или 3 г при весе пациента более 120 кг
2.2	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 ч. 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
2.3	Цефуроксим	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)	Предоперационная антибиотикопрофилактика: внутривенно струйно в дозе 1,5 г
3. J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины			
3.1	Клиндамицин	Капсулы 300 мг; капсулы 150 мг	Лечение инфекций: 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
4. J01XD Производные имидазола			
4.1	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл; таблетки 250 мг	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). Периоперационная антибактериальная профилактика: 5 мг/мл 100 мл
--	--	--	---

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с заболеваниями слюнных желез»

Кортикостероидные ЛП для системного применения, используемые при лечении пациентов с заболеваниями слюнных желез

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования ЛП
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах 1 мл	Индивидуальный. 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 инъекций 30 мг/мл в ампулах 1 мл	Индивидуальный. 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

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с заболеваниями слюнных желез»

Нестероидные противовоспалительные ЛП, применяемые при лечении пациентов с заболеваниями слюнных желез

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования ЛП
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 взрослых 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). Взрослым 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 взрослым 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 ЛП уменьшают до 600–800 мг. Утреннюю дозу принимают до еды, запивая достаточным количеством воды (для более быстрого всасывания ЛП). Остальные дозы принимают на протяжении дня после еды. Максимальная суточная доза – 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 ч. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с заболеваниями слюнных желез»

Антисептики и дезинфицирующие ЛП, применяемые при лечении пациентов с заболеваниями слюнных желез

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования ЛП
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл	Применяется местно для инстилляций и ирригации ран в полости рта и лунок удаленных зубов – 5–10 мл раствора 2–3 раза в сутки. Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий ЛП следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливают индивидуально