

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 доброкачественным новообразованием слюнных желез»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания челюстно-лицевой и стоматологической хирургической помощи пациентам (взрослое население) с доброкачественным новообразованием слюнных желез (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – D10.3 Доброкачественное новообразование малой слюнной железы, D11 Доброкачественное новообразование больших слюнных желез: D11.0 Околоушной слюнной железы; D11.7 Доброкачественное новообразование других больших слюнных желез; D11.9 Доброкачественное новообразование большой слюнной железы неуточненное; K11.8 Другие болезни слюнных желез (доброкачественное лимфоэпителиальное поражение слюнной железы).

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:

доброкачественное новообразование больших слюнных желез – заболевания слюнных желез, которые клинически имитируют объемный патологический процесс (узловое образование) в большой слюнной железе и трансформируются в конкретные нозологические формы после гистологической верификации;

доброкачественное лимфоэпителиальное образование слюнной железы (аденолимфома) – заболевание больших слюнных желез, клинически представляющее собой объемный патологический процесс (узловое образование);

доброкачественное новообразование малой слюнной железы – тканевое новообразование, локализованное в области железы, характеризующееся медленным ростом, отсутствием метастазирования и рецидивирования после полного его удаления.

3. Лекарственные препараты (далее – 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.

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

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

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

7. Лечение пациентов с доброкачественным новообразованием слюнных желез проводится в стационарных условиях, новообразований малых слюнных желез размерами до 1 см – в амбулаторных.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

8. Критерии доброкачественного новообразования малой слюнной железы:
медленный рост образования;
наличие одиночного смещаемого образования по отношению к подлежащим тканям в толще слизистой оболочки полости рта, спаянного со слизистой оболочкой;
регионарные лимфатические узлы не увеличены;
затруднение при приеме пищи, разговоре (при локализации новообразования в области твердого неба);
окружающие новообразование ткани не изменены.

9. Доброкачественные новообразования больших слюнных желез и доброкачественные лимфоэпителиальные поражения слюнной железы (аденолимфома) подразделяются по локализации:

доброкачественные новообразования околоушной слюнной железы;
доброкачественные новообразования поднижнечелюстной слюнной железы;
доброкачественные новообразования подъязычной слюнной железы.

Клинико-морфологические варианты аденолимфомы:

микрокистозный (клинически – тканевое образование);
мультикистозный (клинически – кистозно-тканевое образование);
макрोकистозный (клинически – кистозное образование).

Клинические признаки доброкачественных новообразований больших слюнных желез: узловое новообразование, располагающееся в проекции слюнной железы, безболезненное при пальпации, не спаянное с кожей.

Протекает некоторое время бессимптомно, характеризуется медленным ростом, не прорастает сосуды, нервы и дольки железы.

Аденолимфома протекает некоторое время бессимптомно, характеризуется медленным ростом. Чаще развивается у мужчин после 40 лет. Лимфоэпителиальное образование составляют железистый, папиллярный эпителий и лимфатический компонент, образующий кисты различной величины и количества. Поражение бывает двусторонним или в виде множественных изолированных узелков. Кожа в проекции образования не изменена. Пальпация безболезненна.

10. Основные принципы диагностики доброкачественного новообразования малых и больших слюнных желез:

установление диагноза для выбора тактики врача-специалиста и метода лечения;
дифференциальная диагностика доброкачественных новообразований больших слюнных желез и доброкачественных лимфоэпителиальных поражений слюнных желез.

11. Для постановки или подтверждения диагноза осуществляются:

медицинский осмотр пациента: сбор анамнеза, жалоб пациента, аллергологический анамнез, перенесенные и сопутствующие заболевания, внешний осмотр, бимануальное исследование слюнных желез, пальпация с определением локализации образования, его размеров, плотности, четкости границ, болезненности и смещаемости;

инструментальные и лабораторные диагностические мероприятия:

обязательные:

ультразвуковое исследование слюнных желез; тонкоигольная аспирационная биопсия образования, цитологическое исследование пунктата – при новообразованиях больших слюнных желез;

тонкоигольная аспирационная биопсия образования или эксцизионная биопсия при малом размере образования; цитологическое исследование пунктата или гистологическое исследование биоптата – при новообразованиях малых слюнных желез;

дополнительные:

магнитно-резонансная компьютерная томография или мультиспиральная компьютерная томография слюнных желез, сиалография, общий анализ крови,

биохимический анализ крови, общий анализ мочи, гистологическое исследование биоптата;

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

12. В связи с плановостью оказания хирургической помощи пациентам с данной патологией, обязательные и дополнительные инструментальные диагностические исследования, цитологическое исследование пунктата, врачебные консультации врача-онколога и врачей-специалистов по профилю сопутствующей патологии проводятся на догоспитальном этапе.

13. На основании проведенных диагностических мероприятий и полученных данных проводят дифференциальную диагностику доброкачественного новообразования больших слюнных желез со злокачественным новообразованием, фибромой, кистой слюнной железы, сиалоденитом, сиалозом, слюннокаменной болезнью.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

14. Обязательные лечебные мероприятия:

14.1. у пациентов с доброкачественным новообразованием больших слюнных желез и доброкачественным лимфоэпителиальным поражением слюнной железы:

удаление новообразования с сохранением околоушной слюнной железы и анатомической целостности лицевого нерва: перикапсулярное удаление (все верифицированные до оперативного вмешательства доброкачественные новообразования поверхностного отдела околоушной железы, кроме плеоморфной аденомы); частичная паротидэктомия (плеоморфная аденома и все неverified до оперативного вмешательства доброкачественные новообразования поверхностного отдела околоушной железы небольших размеров); поверхностная субтотальная паротидэктомия (плеоморфная аденома и все неverified до оперативного вмешательства доброкачественные новообразования, занимающие большую часть поверхностного отдела околоушной железы); глубокая субтотальная паротидэктомия (плеоморфная аденома и все неverified до оперативного вмешательства доброкачественные новообразования, располагающиеся в глубоком отделе околоушной железы);

удаление новообразования путем экстирпации околоушной слюнной железы с сохранением анатомической целостности лицевого нерва (при поражении поверхностного и глубокого отделов околоушной железы);

удаление новообразования путем экстирпации поднижнечелюстной слюнной железы;

удаление новообразования путем экстирпации подъязычной слюнной железы;

14.2. у пациентов с доброкачественным новообразованием малой слюнной железы – хирургическое удаление новообразования в пределах здоровых тканей.

15. Дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

15.1. у пациентов с доброкачественным новообразованием больших слюнных желез: удаление новообразования путем экстирпации околоушной железы без сохранения лицевого нерва (при тотальном поражении железы);

удаление новообразования с одномоментным восстановлением анатомической целостности ветвей лицевого нерва (нейрорафия);

удаление новообразования с одномоментной микрохирургической нейропластикой лицевого нерва;

удаление новообразования с одномоментной контурной пластикой мягкотканного послеоперационного дефекта;

15.2. у пациентов с доброкачественным новообразованием малой слюнной железы при больших его размерах в области губ и щеки – с реконструктивно-пластическим компонентом в стационарных условиях.

16. В ходе лечения пациентов с доброкачественным новообразованием слюнных желез применяются следующие ЛП:

ЛП для местной анестезии согласно приложению 1;

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

нестероидные противовоспалительные ЛП для уменьшения воспалительной реакции и снижения болевого симптома согласно приложению 3;

антисептики и дезинфицирующие ЛП для местного применения при перевязках согласно приложению 4.

17. Критерии эффективности лечения пациентов с доброкачественным новообразованием слюнных желез:

радикальное удаление новообразования;

отсутствие послеоперационных осложнений (парез или паралич мимической мускулатуры, формирование слюнных свищей, гипергидроз, гемипарез языка, рубцовая деформация мягких тканей послеоперационной области);

отсутствие рецидива новообразования;

сохранение функции большой слюнной железы.

18. В период лечения следует воздерживаться от чрезмерных физических нагрузок.

19. Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях после проведенного лечения осуществляет врач-стоматолог-хирург территориальной амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения с периодичностью 1 раз в 6 месяцев в течение 1 года после лечения, 1 раз в год в последующем в течение 3 лет. При выздоровлении и отсутствии осложнений пациент в дальнейшем медицинском наблюдении не нуждается.

Приложение 1

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение пациентов

(взрослое население) с доброкачественным

новообразованием слюнных желез»

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

| № п/п | Международное непатентованное наименование ЛП | Лекарственные формы, дозировки | Способ применения ЛП, 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 ротовой полости 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 доброкачественным
новообразованием слюнных желез»

**Антибактериальные ЛП для системного применения, используемые при лечении
пациентов с доброкачественным новообразованием слюнных желез**

| № п/п | Международное непатентованное наименование ЛП | Лекарственные формы, дозировки | Способ применения, режим дозирования ЛП |
|--|---|--|---|
| 1. J01C Бета-лактамы антибиотики, 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) 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 (далее – в/в) медленно (1 г ЛП растворяется в 20,0 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки. Взрослые по 1 таб. 500 мг + 125 мг 3 раза в сутки или по 1 таб. 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 разводится на растворе натрия хлорида 9 мг/мл | Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Вводят внутримышечно (далее – в/м) или в/в (струйно или капельно). Обычная доза 1–2 г в сутки, которые вводят в 2–3 приема каждые 8 или 12 часов. Периоперационная 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 | <p>Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг.</p> <p>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</p> | <p>750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится в/в в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или в/м 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 в/в. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется.</p> <p>Периоперационная антибиотикопрофилактика: в/в струйно в дозе 1,5 г.</p> <p>Для приема внутрь: 250–500 мг 2 раза в сутки. Длительность курса 7–10 дней</p> |
| 3. J01XA Гликопептидные антибактериальные средства | | | |
| 3.1 | Ванкомицин | <p>Лиофилизированный порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 500 мг; лиофилизированный порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 1000 мг; порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг; порошок для приготовления раствора для инфузий 1000 мг</p> | <p>Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя.</p> <p>ЛПП вводится в/в капельно в течение 30–60 минут по 0,5 г 4 раза в сутки или по 1,0 г 2 раза в сутки. Перед введением ЛПП разводится в не менее, чем в 200 мл раствора декстрозы (50 мг/мл) или раствора для инфузий (9 мг/мл).</p> <p>Максимальная концентрация ЛПП в плазме крови не должна превышать 25–40 мг/мл. Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)</p> |
| 4. J01XD Производные имидазола | | | |
| 4.1 | Метронидазол | <p>Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл в 100 мл; таблетки 250 мг</p> | <p>В/в капельно по 100 мл 2 раза в сутки. Курс не менее 2–3 суток.</p> <p>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).</p> <p>Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней).</p> <p>Периоперационная антибактериальная профилактика: в/в 5 мг/мл 100 мл</p> |

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с доброкачественным
новообразованием слюнных желез»

Нестероидные противовоспалительные ЛП, применяемые при лечении пациентов с доброкачественным новообразованием слюнных желез

| № п/п | Международное непатентованное наименование ЛП | Лекарственные формы, дозировки | Способ применения ЛП, режим дозирования |
|--|---|---|--|
| M01A Нестероидные противовоспалительные препараты | | | |
| 1 | Нимесулид | <p>Таблетки 100 мг.</p> <p>Порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг в пакетах</p> | <p>Внутрь после еды по 100 мг 2 раза в сутки.</p> <p>Максимальная длительность приема 15 суток</p> |

| | | | |
|---|-----------|---|---|
| 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 и 400 мг; капсулы 200 мг, капсулы 400 мг; суспензия для приема внутрь 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 составляет 1200 мг. Повторную дозу принимать не чаще, чем через 4 ч. Длительность применения при болевом синдроме 3–5 дней |

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

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

| № п/п | Международное непатентованное наименование ЛП | Лекарственные формы, дозировки | Способ применения ЛП, режим дозирования |
|-------|---|---|--|
| 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 |
| 2 | Перекись водорода | Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах | Местно для инстилляций и ирригации ран в полости рта и лунок удаленных зубов используется раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11) при перевязках, |

| | | | |
|---|-------------------|--|---|
| | | | оперативных вмешательствах из шприца по 3–5 мл раствора. Длительность применения устанавливают индивидуально |
| 3 | Калия перманганат | Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г | Используется местно для инстилляций и ирригации ран в полости рта и лунок удаленных зубов – 5–10 мл 0,01–0,02–0,1 % водного раствора 2–3 раза в сутки. Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки. Длительность применения устанавливают индивидуально |