

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 последствиями перелома костей лица»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания челюстно-лицевой и стоматологической хирургической помощи пациентам (взрослое население) с посттравматическими деформациями костей нижней, средней и верхней зоны лица (костей носа, скуло-орбитальный, назо-орбитальный комплексы, верхняя челюсть, стенки орбиты, стенки околоносовых синусов, нижняя челюсть) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – Т90.2 Последствия перелома черепа и костей лица).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

посттравматические деформации костей лицевого скелета – возникшая после перенесенной травмы анатомическая диспропорция, костей лицевого отдела черепа (костей средней зоны лица и нижней челюсти), которая характеризуется функциональными и эстетическими нарушениями.

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 (листом-вкладышем).

5. Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не предусмотренным инструкцией по медицинскому применению (листом-вкладышем) 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, не включенных в настоящий клинический протокол.

7. Лечение пациентов с посттравматическими деформациями костей средней, верхней зоны лица и нижней челюсти проводится в стационарных условиях.

## ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ЛИЦА

8. Выделяют клинические и рентгенологические признаки посттравматической деформации лица:

8.1. клинические признаки посттравматической деформации костей носа:

асимметрия лица за счет деформации костей носа (дефекта, неправильно сросшегося перелома), деформация хрящевого отдела носа, нарушение носового дыхания;

8.2. рентгенологические признаки посттравматической деформации костей носа:

определяются линии неправильно сросшегося перелома и/или дефекты костей носа, носовой перегородки;

8.3. клинические признаки посттравматической деформации скуло-орбитального комплекса:

асимметрия лица за счет деформации костей средней зоны лица, формирующих орбиту;

ограничение открывание рта за счет деформации в области скуловой дуги;

нарушение чувствительности области иннервации подглазничным нервом – кожи нижнего века, крыла носа, верхней губы, подглазничной, скуловой областей, верхней части щечной области, слизистой оболочки десны и зубов верхней челюсти на стороне деформации;

возможно затруднение движения глазного яблока, диплопия;

положительный «симптом ступеньки» по нижнему краю орбиты в области скуловерхнечелюстного шва или медиальнее, по латеральному краю орбиты в области скулолобного шва, по скуловой дуге в области скуловисочного шва, по скулоальвеолярному гребню, что сопровождается деформацией передней стенки верхнечелюстного синуса, нижнего края орбиты, возможно нижней и латеральной стенок орбиты;

8.4. рентгенологические признаки посттравматической деформации скуло-орбитального комплекса:

определяются линии неправильно сросшихся переломов и (или) дефекты костей средней зоны лица, формирующих орбиту;

8.5. клинические признаки посттравматической деформации назо-орбитального комплекса:

асимметрия лица за счет деформации костей носа, лобного отростка верхней челюсти;

нарушение носового дыхания;

положительный «симптом ступеньки» по медиальному краю орбиты, при пальпации костей носа;

8.6. рентгенологические признаки посттравматической деформации назо-орбитального комплекса:

определяются линии неправильно сросшихся переломов и (или) дефекты костей носа, верхней челюсти в области лобного отростка;

8.7. клинические признаки посттравматической деформации верхней челюсти:

асимметрия лица за счет деформации верхней челюсти (дефекта, неправильно сросшегося перелома);

нарушение прикуса;

нарушение функции жевания и речи;

положительный «симптом ступеньки» в области альвеолярного отростка, тела верхней челюсти, может сопровождаться деформацией передней стенки верхнечелюстного синуса;

8.8. рентгенологические признаки посттравматической деформации верхней челюсти:

определяются линии неправильно сросшихся переломов и (или) дефекты верхней челюсти;

8.9. клинические признаки посттравматической деформации стенок орбиты: асимметрия лица за счет деформации костей, формирующих стенки орбиты; опущение структур орбиты с глазным яблоком при дефекте нижней стенки орбиты, диплопия;

возможно затруднение движения глазного яблока;

возможно снижение остроты зрения;

8.10. рентгенологические признаки посттравматической деформации стенок орбиты: определяются линии неправильно сросшихся переломов и (или) дефекты стенок орбиты;

8.11. клинические признаки посттравматической деформации стенок околоносовых синусов:

асимметрия лица за счет деформации костей, формирующих стенки синусов. Выражена при деформации передней стенки лобного синуса, обширном дефекте передней стенки верхнечелюстного синуса, сопровождающимся пролабированием мягких структур в полость синуса;

асимметрия лица за счет опущение структур орбиты с глазным яблоком при дефекте верхней стенки верхнечелюстного синуса (нижней стенки орбиты);

диплопия при дефекте верхней стенки верхнечелюстного синуса (нижней стенки орбиты), возможно снижение остроты зрения;

8.12. рентгенологические признаки посттравматической деформации стенок околоносовых синусов:

определяются линии неправильно сросшихся переломов и/или дефекты стенок околоносовых синусов;

8.13. клинические признаки посттравматической деформации нижней челюсти:

асимметрия лица за счет деформации нижней челюсти;

асимметричное открывание рта за счет деформации мышечкового отростка нижней челюсти;

посттравматическая парафункция жевательных мышц;

нарушение функции жевания, глотания, речи;

нарушение прикуса;

нарушение чувствительности области иннервации нижнелуночкового нерва – кожа нижней губы, подбородка, слизистая оболочка десны и зубы нижней челюсти;

8.14. рентгенологические признаки посттравматической деформации нижней челюсти:

определяются линии неправильно сросшегося перелома и (или) дефекты нижней челюсти.

9. Основные принципы диагностики посттравматической деформации костей нижней, средней и верхней зоны лица (костей носа, скуло-орбитальный, назо-орбитальный комплексы, верхняя челюсть, стенки орбиты, стенки околоносовых синусов, нижняя челюсть):

установление диагноза, выбор тактики врача и метода лечения;

дифференциальная диагностика посттравматической деформации костей нижней, средней и верхней зоны лица (костей носа, скуло-орбитальный, назо-орбитальный комплексы, верхняя челюсть, нижняя челюсть, стенки орбиты, стенки околоносовых синусов).

10. Посттравматические деформации костей средней и верхней зоны лица (костей носа, скуло-орбитальный, назо-орбитальный комплексы, верхняя челюсть, стенки орбиты, стенки околоносовых синусов) и нижней челюсти не разделяются на подвиды. При установке диагноза указывается локализация деформации (кости носа, скуло-орбитальный, назо-орбитальный комплексы, верхняя челюсть, стенки орбиты, стенки околоносовых синусов) и сторона относительно центральной линии за исключением костей носа, где сторона не указывается. При деформации стенок орбиты, околоносовых синусов указывается название деформированной стенки (стенок).

11. Для постановки или подтверждения диагноза осуществляются:

медицинский осмотр пациента: сбор анамнеза, жалоб пациента, аллергологический анамнез, перенесенные и сопутствующие заболевания, внешний осмотр, определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти, пальпация окологлазничных тканей и региональных лимфатических узлов, пальпация и бимануальное исследование костей лицевого скелета, визуальное исследование полости рта, перкуссия зубов верхней челюсти;

инструментальные и лабораторные исследования:

обязательные: конусно-лучевая компьютерная томография, медицинское фотографирование лица;

дополнительные: спиральная компьютерная томография; рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях; ортопантомография, телерентгенография, изготовление диагностических моделей челюстей и лицевого скелета, трехмерное виртуальное планирование операции и моделирование хирургических шаблонов и индивидуальных имплантатов, электромиография, общий анализ крови, биохимический анализ крови. общий анализ мочи;

врачебные консультации 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 (лучевые методы исследования), изготовление диагностических моделей челюстей и масок лица, врачебные консультации врачей-специалистов по профилю сопутствующей патологии проводятся на догоспитальном этапе.

13. На основании проведенных диагностических мероприятий и полученных данных проводят дифференциальную диагностику посттравматических деформаций костей лица с опухолью, врожденными аномалиями костей лицевого скелета.

### **ГЛАВА 3**

#### **ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ЛИЦА. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

14. Лечение пациентов с посттравматическими деформациями костей лица направлено на:

восстановление правильной анатомической формы нижней, средней и верхней третей лица;

устранение функциональных нарушений со стороны носового дыхания, органа зрения и зубочелюстной системы;

предупреждение развития воспалительных осложнений.

15. Обязательными лечебными мероприятиями у пациентов с посттравматическими деформациями костей средней и верхней зоны лица являются:

остеотомия по линии неправильного сращения перелома, репозиция костных фрагментов в анатомически правильное положение и фиксация их системой наkostных мини-пластин;

септохондроластика и ринокхондроластика при устранении посттравматической деформации костей носа;

реконструктивная операция на стенках орбиты и придаточных пазух носа.

16. Дополнительными лечебными мероприятиями (по медицинским показаниям) у пациентов с посттравматическими деформациями костей средней и верхней зоны лица являются:

применение костных аутоотрансплантатов и имплантатов при одномоментном устранении послеоперационных костных дефектов;

применение дистракционных аппаратов;

контурная пластика;

устранение дефектов замещающими ортопедическими конструкциями (эктопротезы).

17. Обязательными лечебными мероприятиями у пациентов с посттравматическими деформациями нижней челюсти являются:

остеотомия по линии неправильного сращения перелома, репозиция костных фрагментов в анатомически правильное положение и фиксация их системой на костных мини-пластин;

артропластика височно-нижнечелюстного сустава (при посттравматических деформациях мышечного отростка и анкилозе).

18. Дополнительными лечебными мероприятиями (по медицинским показаниям) у пациентов с посттравматическими деформациями нижней челюсти являются:

применение костных аутотрансплантатов и имплантатов при устранении послеоперационных костных дефектов;

кондилэктомия без замещения головки мышечного отростка;

применение дистракционных аппаратов;

контурная пластика.

19. В ходе лечения пациентов с посттравматическими деформациями костей лица 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.

20. Критерии эффективности лечения пациентов с посттравматической деформацией костей лица:

устранение деформации средней и верхней трети лица;

устранение функциональных нарушений со стороны носового дыхания, органа зрения и зубочелюстной системы;

отсутствие воспалительных осложнений;

интеграция трансплантата (имплантата) в реципиентной зоне.

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

22. 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, в дальнейшем пациенты в медицинском наблюдении не нуждаются.

Приложение 1  
к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение пациентов  
(взрослое население) с последствиями  
перелома костей лица»

### ЛП для местной анестезии, применяемые при лечении пациентов с последствиями перелома костей лица

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования ЛП
1	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл;	Местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая). ЛП предназначен для инъекционного

		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)	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 последствиями перелома костей лица»

**Антибактериальные ЛП для системного применения, используемые при лечении пациентов с последствиями перелома костей лица**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
<b>1. J01C Бета-лактамы антибиотики, пенициллины</b>			
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 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
<b>2. J01D Прочие бета-лактамы антибиотики</b>			
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 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 и 1500 мг; порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл; гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой 125 мг, 250 мг, 500 мг	750 мг каждые 8 часов внутривенно или внутримышечно. Вводится внутривенно в течение 3–5 минут непосредственно в вену или через инфузионную трубку, или инфузионно в течение 30–60 минут, или внутримышечно глубоко в мышцу. Внутримышечные инъекции должны проводиться в массу относительно крупной мышцы и не более 750 мг в одно место инъекции. Дозы, превышающие 1,5 г необходимо вводить внутривенно. Пациентам с клиренсом креатинина выше 30 мл/мин коррекция дозы не требуется. Предоперационная антибиотикопрофилактика: внутривенно струйно в дозе 1,5 г. Для приема внутрь: 250–500 мг 2 раза в сутки. Длительность курса 7–10 дней
3. J01XA Гликопептидные антибактериальные средства			
3.1	Ванкомицин	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	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. ЛПП вводится внутривенно 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). Максимальная концентрация ЛПП в плазме крови не должна превышать 25–40 мг/мл. Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
4. J01XD Производные имидазола			
4.1	Метронидазол	Раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл и 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 (внутрь, независимо от приема пищи). Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней). Периоперационная антибактериальная профилактика: 5 мг/мл 100 мл

5. J01M Антибактериальные средства, производные хинолона			
5.1	Ципрофлоксацин	Раствор для инфузий 2 мг/мл в бутылках стеклянных 100 мл; раствор для инфузий 0,8 мг/мл в полимерных контейнерах; раствор для инфузий 2,0 мг/мл в полимерных контейнерах	Режим дозирования выбирают индивидуально, с учетом тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Внутривенно: 400 мг 2 раза в сутки. Продолжительность внутривенной инфузии 60 минут. Общая продолжительность лечения 7–14 дней

Приложение 3

к клиническому протоколу  
«Диагностика и лечение пациентов  
(взрослое население) с последствиями  
перелома костей лица»

**Нестероидные противовоспалительные ЛП, применяемые при лечении пациентов с последствиями перелома костей лица**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования ЛП
<b>M01A Нестероидные противовоспалительные препараты</b>			
1	Нимесулид	Таблетки 100 мг. Порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь 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 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 последствиями  
перелома костей лица»

**Антисептики и дезинфицирующие ЛП, применяемые при лечении пациентов  
с последствиями перелома костей лица**

№ 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 лекарственное средство 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