

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-ХП «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 атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания челюстно-лицевой и стоматологической хирургической помощи (взрослое население) с атрофией беззубого альвеолярного края, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, нарушения развития челюстей (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K08.2 Атрофия беззубого альвеолярного края, K08.8 Другие уточненные изменения зубов и их опорного аппарата (гипертрофия альвеолярного края, неправильная форма альвеолярного отростка), K10.0 Нарушения развития челюстей (торус: нижней челюсти, твердого неба), K10.8 Экзостоз челюсти).

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:

атрофия беззубого альвеолярного края – прогрессирующая убыль костной ткани с видимым уменьшением высоты и ширины альвеолярного отростка челюсти в области отсутствующих зубов;

гипертрофия альвеолярного края, неправильная форма альвеолярного отростка – неопухолевые доброкачественные образования, проявляющиеся в форме костно-хрящевой деформации и располагающихся на челюстных костях;

торус нижней челюсти – рудиментарное образование, представляющее собой костный вырост с язычной стороны альвеолярной части и частично тела нижней челюсти;

торус твердого неба – экзостоз кости, который образован плотной кортикальной костью и покрыт тонкой слизистой оболочкой;

экзостозы – неопухолевые доброкачественные образования, проявляющиеся в форме костно-хрящевой деформации и располагающихся на челюстных костях.

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 (листами-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 или ЛП, не включенных в настоящий клинический протокол.

7. Лечение пациентов с атрофией беззубого альвеолярного края, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, нарушения развития

челюстей проводится в амбулаторных условиях, лечение пациентов с атрофией беззубого альвеолярного края с применением костных аутоотрансплантатов из отдаленных областей, пациентов с тяжелой общесоматической патологией и наличием гипертрофии альвеолярного края, торусов и экзостозов большой протяженностью – в стационарных условиях.

## **ГЛАВА 2**

### **ДИАГНОСТИКА АТРОФИИ, ГИПЕРТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЯ, НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ**

8. Различают горизонтальную резорбцию альвеолярного отростка (возникает по ширине альвеолярного отростка) и вертикальную (возникает при снижении высоты гребня). Процесс убыли кости может носить равномерный характер распределения по челюсти либо неравномерный.

9. Классификация атрофии челюстей:

1 тип – незначительная степень атрофии. Альвеолярный отросток челюсти хорошо выражен, атрофические процессы минимальны. Хирургические вмешательства не показаны;

2 тип – средняя степень атрофии. Без подготовки челюсти установка имплантатов невозможна. Ортопедические протезы плохо фиксируются в полости рта;

3 тип – выраженная атрофия. Альвеолярный отросток значительно атрофирован. Фиксация съемных ортопедических конструкций неудовлетворительная без дополнительных хирургических вмешательств.

10. Выделяют клинические и рентгенологические признаки атрофии беззубого альвеолярного края:

10.1. клинические признаки атрофии беззубого альвеолярного края: изменение внешнего вида челюсти, альвеолярный гребень значительно уменьшается в размерах. При полной адентии обеих челюстей наблюдается старческая прогения. За счет атрофии укорачивается нижняя треть лица, изменяется его внешний вид. Губы западают в ротовую полость, вокруг рта образуются морщины. Возникают нарушения прикуса, соседние зубы наклоняются в сторону отсутствующих. Может наблюдаться феномен Попова-Годона – смещение зубов в различных направлениях после образования дефекта в зубной дуге приводящее к деформациям окклюзионной плоскости. Отмечается нарушение функций жевания и речи, ухудшение эстетики лица;

10.2. рентгенологические признаки атрофии беззубого альвеолярного края: убыль объема костной ткани, возможны признаки остеопороза или остеосклероза костной ткани;

10.3. клинические признаки гипертрофии альвеолярного края, неправильной формы альвеолярного отростка: наличие деформации альвеолярного отростка челюсти в виде костного выроста, возможна незначительная болезненность при надавливании на них, ощущение чужеродного тела во рту, возможна парестезия кожных покровов подбородочной области, нижней губы, слизистой оболочки альвеолярного отростка. Слизистая оболочка в области экзостоза бледноватого цвета, может истончаться с образованием язв или рубцов. Экзостозы могут быть единичными и множественными. Верхнечелюстные экзостозы чаще образуются на щечной поверхности альвеолярного гребня, на нижней челюсти – с язычной стороны, небный – на небном торусе;

10.4. рентгенологические признаки гипертрофии альвеолярного края, неправильной формы альвеолярного отростка: костная деформация имеет четкие контуры и нормальную структуру;

10.5. торус нижней челюсти определяется как костная деформация в виде безболезненных костных выступов на язычной поверхности альвеолярного отростка и частично тела нижней челюсти, слизистая оболочка не изменена. Торус твердого неба представляет собой костный выступ на твердом небе, покрытый истонченной слизистой оболочкой. Может быть болезненность при приеме твердой пищи или использовании пластиночного съемного протеза.

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, визуальное исследование полости рта; пальпация альвеолярного края челюстей;

инструментальные и лабораторные исследования:

обязательные: прицельная внутриротовая контактная рентгенография или рентгенография челюсти, конусно-лучевая компьютерная томография – при атрофии беззубого альвеолярного края;

дополнительные: ортопантомография, денситометрия, конусно-лучевая компьютерная томография, трепанбиопсия, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, гистологическое исследование биоптата;

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

12. В связи с плановостью оказания хирургической помощи пациентам с данной патологией в стационарных условиях по медицинским показаниям, обязательные и дополнительные инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования), врачебные консультации врачей-специалистов по профилю сопутствующей патологии проводятся на догоспитальном этапе.

13. На основании проведенных диагностических мероприятий и полученных данных проводят дифференциальную диагностику атрофии беззубого альвеолярного края, гипертрофии альвеолярного края, неправильной формы альвеолярного отростка, экзостозов и турса с врожденными аномалиями развития челюстей, идиопатическим остеосклерозом, доброкачественным новообразованием, злокачественным новообразованием.

### **ГЛАВА 3**

#### **ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЕЙ, ГИПЕРТРОФИЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЯ, НЕПРАВИЛЬНОЙ ФОРМОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ. МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

14. Лечение пациентов с атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, нарушения развития челюстей, неправильной формой альвеолярного отростка, экзостозами направлено на:

предупреждение прогрессирования патологического процесса в костной ткани;

коррекции контура альвеолярного края;

восполнение дефицита костной ткани;

создание условия для восстановления функции зубочелюстной системы посредством ортопедического лечения.

15. Все хирургические лечебные мероприятия у пациентов с атрофией беззубого альвеолярного края являются альтернативой ортопедическим методам восстановления зубного ряда у пациентов с адентией челюстей, сопровождающейся атрофией альвеолярного отростка челюстей, а у пациентов с гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, нарушения развития челюстей, экзостозами направлены на создание условий для протезирования.

16. Дополнительными лечебными мероприятиями у пациентов с атрофией беззубого альвеолярного края, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, нарушения развития челюстей, экзостозов являются:

при горизонтальной атрофии альвеолярного края: восполнение дефицита костной ткани с помощью биологически совместимого остеотропного или аутогенного материала (методики направленной костной регенерации), расщепление альвеолярного гребня (межкортикальная остеотомия), трансплантация костных блоков;

при вертикальной атрофии альвеолярного края: трансплантация костных блоков, сэндвич-пластика, открытый синус-лифтинг, дистракционный остеогенез, закрытый синус-лифтинг;

углубление преддверия полости рта;

удаление торуса, экзостозов;

моделировка контура альвеолярного гребня.

17. В ходе лечения пациентов с атрофией беззубого альвеолярного края, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, экзостозами 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.

18. Критерии эффективности лечения пациентов с атрофией беззубого альвеолярного края, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, нарушения развития челюстей, экзостозами:

устранение дефицита костной ткани при атрофии;

создание благоприятных условий для восстановления функции зубочелюстной системы посредством ортопедического лечения.

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

20. 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 в медицинском наблюдении пациент не нуждается.

#### Приложение 1

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение пациентов

(взрослое население) с атрофией,

гипертрофией альвеолярного края,

неправильной формой альвеолярного

отростка, с нарушениями развития челюстей»

#### **ЛП для местной анестезии, применяемые при лечении пациентов с атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей**

№ 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 атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей»

**Антибактериальные ЛП для системного применения, используемые при лечении пациентов с атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛП	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
<b>1. J01C Бета-лактамы, 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 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
<b>2. J01D Прочие бета-лактамы</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 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	Цефуросим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 750 мг; 1500 мг (порошок разводят стерильной водой для инъекций или раствором натрия хлорида 9 мг/мл); гранулы для приготовления суспензии для внутреннего применения 125 мг/5 мл; таблетки, покрытые оболочкой, 125 мг, 250 мг, 500 мг	Вводят 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
<b>3. J01XA Гликопептидные антибактериальные средства</b>			
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. ЛП 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 ЛП разводится в не менее чем 200 мл раствора декстрозы (50 мг/мл) или раствора для инфузий (9 мг/мл). Максимальная концентрация ЛП в плазме крови не должна превышать 25–40 мг/мл. Длительность лечения зависит от медицинских показаний (7–14 дней)
<b>4. J01XD Производные имидазола</b>			
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 (внутрь, 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 атрофией,  
гипертрофией альвеолярного края,  
неправильной формой альвеолярного  
отростка, с нарушениями развития челюстей»

**Нестероидные противовоспалительные ЛП, применяемые при лечении пациентов с атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения лекарственного средства, режим дозирования
<b>М01А 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 сут. Для достижения быстрого терапевтического эффекта доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сут. 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 атрофией,  
гипертрофией альвеолярного края,  
неправильной формой альвеолярного  
отростка, с нарушениями развития челюстей»

**Антисептики и дезинфицирующие ЛП, применяемые при лечении пациентов  
с атрофией, гипертрофией альвеолярного края, неправильной формой  
альвеолярного отростка, с нарушениями развития челюстей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения лекарственного средства, 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 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