

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
30 ноября 2023 г. № 182

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 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 острыми гастродуоденальными кровотечениями в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с закрытой травмой грудной клетки в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым аппендицитом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым холециститом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с перфоративной гастродуоденальной язвой в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с травмой живота в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ущемленной грыжей в стационарных условиях» (прилагается).

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 46 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с острыми хирургическими заболеваниями».

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

**Министр**

**Д.Л.Пиневич**

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

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

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
30.11.2023 № 182

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**  
**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)**  
**с острым панкреатитом в стационарных условиях»**

**ГЛАВА 1**  
**ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с острым панкреатитом (далее – ОП) в стационарных условиях (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K85 Острый панкреатит).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении».

4. К категории пациентов с ОП относятся пациенты с острыми воспалительными, некротическими и гнойными изменениями в поджелудочной железе и (или) в парапанкреатической клетчатке, развившемся как впервые, так и на фоне хронического процесса в поджелудочной железе, при которых возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов.

5. Выделяются следующие формы ОП:

легкий ОП (наблюдается острое диффузное накопление жидкости в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке вследствие воспалительного отека – острый интерстициальный панкреатит. По частоте легкая форма занимает 80–85 % в общей структуре заболевания, она не имеет фазового течения и не (или редко) сопровождается развитием локальных и системных осложнений);

тяжелый ОП (развивается при некротизирующем панкреатите (панкреонекрозе), который характеризуется возникновением диффузных или очаговых зон некроза паренхимы поджелудочной железы чаще всего в сочетании с некрозом забрюшинной жировой клетчатки).

6. Для определения тяжести ОП используются следующие признаки:

6.1. клинические:

наличие кожных симптомов (гиперемия лица, «мраморность» кожных покровов и иные);

перитонеальные симптомы;

гемодинамические нарушения (частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) более 120 ударов в минуту или ЧСС менее 70 ударов в минуту, снижение систолического артериального давления (далее – АД) ниже 100 мм рт.ст.);

энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);

6.2. лабораторные:

уровень гемоглобина выше 150 г/л;

количество лейкоцитов более  $9 \times 10^9$ /л;

уровень глюкозы выше 10 ммоль/л;

концентрация мочевины выше 10 ммоль/л;

6.3. инструментальные:

наличие свободной жидкости в брюшной и (или) плевральных полостях, и (или) признаки отека ткани поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки по результатам ультразвукового исследования;

признаки кишечной непроходимости по результатам обзорной рентгенографии брюшной полости.

При наличии двух или более признаков устанавливается диагноз тяжелый ОП.

7. Выделяются следующие фазы течения острого некротизирующего панкреатита:

7.1. I фаза (ранняя, продолжается в течение первых 2 недель):

IA фаза (продолжается первые 5 суток от начала заболевания. В это время происходит формирование некроза поджелудочной железы различной протяженности и развитие эндотоксикоза. Максимальный срок формирования некротических участков в поджелудочной железе составляет 3 суток без последующего его прогрессирования. При крайне тяжелом (фульминантном) течении ОП период формирования очагов некроза может сократиться до 36 часов. Эндотоксикоз может сопровождаться системными нарушениями вплоть до полиорганной недостаточности, одним из источников эндотоксикоза является накапливаемый в брюшной полости и забрюшинной клетчатке ферментативный выпот);

IB фаза (обычно развивается на 2 неделе от начала заболевания, характеризуется реакцией организма на возникшие в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке очаги некроза, в этот период обычно формируется парапанкреатический инфильтрат и наблюдается резорбтивная лихорадка);

7.2. II фаза (поздняя, фаза расплавления и секвестрации, начинается с 3 недели заболевания и может длиться несколько месяцев. При секвестрации больших участков панкреонекроза может повреждаться протоковая система поджелудочной железы, от чего зависят объем и скорость распространения жидкостных образований в забрюшинном пространстве и риск развития других осложнений):

асептическое расплавление и секвестрация, когда стерильный панкреонекроз сопровождается образованием неинфицированных жидкостных скоплений, постнекротических псевдокист и свищей поджелудочной железы;

септическое расплавление и секвестрация (инфицированный панкреонекроз) с развитием гнойных осложнений: гнойно-некротические флегмоны забрюшинного пространства, абсцессы брюшной полости и забрюшинного пространства, гнойный перитонит, эрозивные кровотечения, кишечные и панкреатические свищи, сепсис и иных.

8. Наличие ОП или подозрение на ОП является основанием для экстренной госпитализации пациента в хирургическое отделение (при легкой форме ОП) или отделение анестезиологии и реанимации (при тяжелой форме ОП) больницы организации.

Медицинская транспортировка пациента с ОП в больницу организацию осуществляется в положении лежа.

В приемном отделении больницы организации пациента с ОП или подозрением на ОП в экстренном порядке осматривает и оценивает степень тяжести состояния пациента врач-хирург.

9. Длительность стационарного лечения в каждом конкретном случае определяется индивидуально.

10. Для лечения пациентов с ОП рекомендованы базовые схемы фармакотерапии заболеваний, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения, лекарственных форм и дозировок, режима дозирования и разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

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

включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не утвержденными инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label).

При назначении ЛП off-label проводится врачебный консилиум о необходимости назначения данного ЛП.

В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости и (или) чувствительности) по решению врачебного консилиума допускается расширение объема диагностики и лечения с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

## ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОП

11. Обязательными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с ОП в приемном отделении больничной организации являются:

11.1. клинические методы исследования:

медицинский осмотр;

общая термометрия;

подсчет ЧСС;

подсчет частоты дыхания;

измерение АД;

аускультация легких, сердца;

пальпация и перкуссия живота;

11.2. лабораторные методы исследования:

общий анализ крови (определение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гематокрита, содержания гемоглобина, подсчет лейкоцитарной формулы);

биохимический анализ крови (определение содержания билирубина, глюкозы, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, электролитов (натрий, калий, кальций общий, хлор));

общий анализ мочи;

11.3. инструментальные методы исследования:

обзорная рентгенография брюшной полости;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

электрокардиограмма.

12. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с ОП в приемном отделении больничной организации являются:

12.1. клиничко-лабораторные исследования:

определение параметров кислотно-основного состояния;

12.2. инструментальные методы исследования:

фиброэзофагогастродуоденоскопия;

рентгенография органов грудной клетки;

компьютерная томография органов брюшной полости;

12.3. консультации врачей-специалистов;

12.4. иные.

13. Обязательным диагностическим мероприятием при оказании медицинской помощи пациентам с ОП в больничной организации является медицинский осмотр в течение 30 минут после поступления, затем – каждые 3–6 часов или чаще (по медицинским показаниям) до стабилизации состояния.

14. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с ОП в больничной организации являются:

14.1. клиничко-лабораторные исследования:

определение групп крови по системам АВ0 и Rh-фактор;

коагулограмма (определение фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени, протромбированного времени, международного нормализованного отношения);

повторный общий и биохимический анализы крови;

14.2. консультации врачей-специалистов;

14.3. иные.

15. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с тяжелым ОП в больничной организации являются:

лапароскопия (видеолапароскопия) при наличии медицинских показаний после УЗИ и в соответствии с результатами клиничко-лабораторных исследований: при лапароскопии необходим забор экссудата для бактериологического исследования и определения концентрации альфа-амилазы;

компьютерная томография органов брюшной полости;

магнитно-резонансная томография органов брюшной полости.

16. Особенности выполнения компьютерной томографии органов брюшной полости являются:

предпочтительное выполнение не ранее чем через 72 часа от начала заболевания. В ранние сроки (до 72 часов от начала заболевания) рекомендуется при диагностической неопределенности, отсутствии эффекта от начальной терапии или клиническом ухудшении для дифференциальной диагностики. В поздние сроки выполняется для определения локализации патологических очагов и планирования хирургического вмешательства не позднее 12 часов перед инвазивным вмешательством;

использование внутривенного контрастного усиления (при отсутствии почечной недостаточности).

При оценке результатов первичной компьютерной томографии органов брюшной полости учитываются объем и конфигурация некроза поджелудочной железы: при некрозе >30 % паренхимы, как правило, развивается секвестрация и гнойные осложнения, при некрозе >50 % в сагиттальной (поперечной) плоскости железы высока вероятность повреждения главного панкреатического протока, от чего зависит масштаб и скорость распространения жидкостных образований в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и других осложнений.

17. Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости выполняется при тяжелом ОП при наличии медицинских противопоказаний к компьютерной томографии органов брюшной полости (непереносимость контраста, почечная недостаточность и иных).

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости экстренно выполняется при подозрении на билиарный панкреатит.

### ГЛАВА 3

#### КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ОП

18. При легкой форме ОП базисным методом лечения является голодание (не менее 1–2 суток) с постепенным переходом на режимы щадящего лечебного питания естественным путем после купирования болевого синдрома, тошноты, рвоты.

19. Для обезболивания используется один из следующих неопиоидных анальгетиков (применяется преимущественно в режиме «по требованию» в инъекционной форме, при наличии возобновляемой боли в покое в течение суток возможен прием через определенные интервалы):

кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций), концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл 2 мл, вводится внутримышечно или внутривенно капельно по 100 мг каждые 12 часов; суппозитории ректальные, 100 мг, в прямую кишку по 1 суппозиторию, 1 или 2 раза в сутки;

декскетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения/концентрат для приготовления раствора для инфузий (инфузионного раствора)

25 мг/мл 2 мл, раствор вводится глубоко в мышцу. Рекомендованная доза составляет 50 мг с интервалом введения 8–12 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 150 мг;

диклофенак, раствор для внутримышечного введения, 25 мг/мл 3 мл, внутримышечно по 75 мг через 12 часов; суппозитории ректальные 50 мг и 100 мг, по 1 суппозиторию в прямую кишку, не более 150 мг в сутки;

метамизол натрия, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг/мл 2 мл, внутривенно или внутримышечно, по 500–1000 мг, через 8–12 часов, не более 2000 мг в сутки;

кеторолак, раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах 1 мл, внутримышечно по 10–30 мг, каждые 4–6 часов, не более 90 мг в сутки;

лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 8 мг, парентерально 8 мг внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг.

20. При неэффективности нестероидных противовоспалительных ЛП возможно использование одного из следующих опиоидных анальгетиков:

тримеперидин, раствор для внутримышечного и подкожного введения 20 мг/мл 1 мл, подкожно или внутримышечно вводится 10–40 мг (1 мл 1 % раствора – 2 мл 2 % раствора). Максимальная разовая доза 40 мг, максимальная суточная доза 160 мг;

трамадол раствор для инъекций 50 мг/мл 2 мл, таблетки или капсулы 50 мг; внутримышечно, внутривенно или подкожно по 50–100 мг, максимальная суточная доза 400 мг. Повторное введение возможно не ранее, чем через 30 минут.

21. Для снижения спазма гладкой мускулатуры используется один из следующих ЛП:

папаверин, раствор для инъекций (20 мг/мл). Подкожно, внутримышечно по 1–2 мл 2 % раствора (20–40 мг) 2–4 раза в сутки; внутривенно, медленно 20 мг с предварительным разведением в 10–20 мл 0,9 % раствора натрия хлорида;

дротаверин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл. Применяется внутримышечно или внутривенно. Средняя суточная доза составляет 40–240 мг, разделенная на 1–3 дозы в сутки.

22. Пациентам с легкой формой ОП также назначаются:

22.1. инфузионная терапия: солевые растворы для коррекции гидроионных нарушений (натрия хлорид, раствор для инфузий 9 мг/мл, среднесуточная доза 1000 мл, внутривенно капельно или раствор Рингера, раствор для инфузий 200 мл, 400 мл, внутривенно капельно, максимальный суточный объем 500–3000 мл в сутки);

22.2. растворы глюкозы, раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мг/мл, внутривенно капельно, не более 6 г/кг массы тела в сутки (с целью дезинтоксикационной терапии);

22.3. меглюмина натрия сукцинат, раствор для инфузий 1,5 % 400 мл, внутривенно, капельно, 90 капель в минуту, максимальная суточная доза 800 мл;

22.4. при жалобах на тошноту и рвоту один из следующих ЛП:

метоклопрамид, раствор для инъекций, 10 мг/2 мл. Применяется внутримышечно или внутривенно в дозе 10–20 мг 1–3 раза в сутки (максимальная суточная доза 60 мг);

домперидон, таблетки, покрытые оболочкой 10 мг. За 15–30 минут до еды или натощак, по 1 таблетке до 3 раз в сутки, при тошноте и возможности принимать таблетированные формы;

ондансетрон (при выраженной рвоте), раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 2 мг/мл 2 мл. Внутримышечно или внутривенно от 4 мг. Максимальная суточная доза 32 мг;

22.5. один из следующих ингибиторов протонной помпы или H<sub>2</sub>-блокаторов (для снижения секреции соляной кислоты):

омепразол, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг или капсулы кишечнорастворимые 20 мг. Доза ЛП составляет 40 мг для введения в форме внутривенной инфузии. По возможности осуществляется переход на пероральный прием ЛП в дозе 20 мг 2 раза в сутки натощак;

лансопризол, капсулы кишечнорастворимые 30 мг, внутрь по 30 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды или через 2 часа после еды;

пантопризол, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг или таблетки, покрытые оболочкой (таблетки кишечнорастворимые) 40 мг, доза для внутривенного введения составляет 40 мг (1 флакон) в сутки. По возможности осуществляется переход на пероральный прием ЛП в дозе 40 мг в сутки;

ранитидин, раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения) 25 мг/мл 2 мл. Внутривенно медленно (в течение 5 минут) 50 мг, в разведении 0,9 % раствором натрия хлорида или 5 % раствором декстрозы до 20 мл; при необходимости проводятся повторные введения через каждые 6–8 ч. Внутривенно капельно, со скоростью 25 мг/ч в течение 2 ч; при необходимости – повторное введение через 6–8 ч. Внутримышечно – 50 мг 3–4 раза в сутки;

фамотидин, лиофилизированный порошок для инъекций (для приготовления раствора для внутривенного введения) 20 мг, внутривенно капельно по 20 мг каждые 12 часов;

22.6. один из следующих антацидов:

соединения, содержащие гидроокись алюминия и магния, суспензия для внутреннего применения (для приема внутрь), таблетки. Через 20–60 минут после еды. По 5–10 мг внутрь, до 3 раз в сутки или перед сном. Таблетированные формы разжевываются или рассасываются через 20–60 минут после еды или на ночь, не чаще 4 раз в сутки;

алюминия фосфат, суспензия. Перед применением встряхнуть. Принимать внутрь, по 1–3 столовых ложки, до 3 раз в сутки. Через 30 минут после еды или натощак на ночь, или при возникновении изжоги.

23. Критериями эффективности лечения легкой формы ОП являются:

улучшение общего состояния пациента;

снижение лабораторных маркеров воспаления.

24. Отсутствие эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6–12 часов, ухудшение состояния пациента при исключении других острых хирургических заболеваний свидетельствуют о прогрессировании заболевания и развитии тяжелой формы ОП, что является медицинским показанием для перевода пациента в отделение анестезиологии и реанимации.

## ГЛАВА 4

### КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОП

25. Для обезболивания используется один из следующих неопиоидных анальгетиков (применяется преимущественно в режиме «по требованию» в инъекционной форме, при наличии возобновляемой боли в покое в течение суток возможен прием через определенные интервалы):

кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций), концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл 2 мл, вводится внутримышечно или внутривенно капельно по 100 мг каждые 12 часов; суппозитории ректальные, 100 мг, в прямую кишку по 1 суппозиторию, 1 или 2 раза в сутки;

декскетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения/концентрат для приготовления раствора для инфузий (инфузионного раствора) 25 мг/мл 2 мл, раствор вводится глубоко в мышцу. Рекомендованная доза составляет 50 мг с интервалом введения 8–12 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 150 мг;

диклофенак, раствор для внутримышечного введения, 25 мг/мл 3 мл, внутримышечно по 75 мг через 12 часов; суппозитории ректальные 50 мг и 100 мг, по 1 суппозиторию в прямую кишку, не более 150 мг в сутки;

метамизол натрия, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг/мл 2 мл, внутривенно или внутримышечно, по 500–1000 мг, через 8–12 часов, не более 2000 мг в сутки;

кеторолак, раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах 1 мл, внутримышечно по 10–30 мг, каждые 4–6 часов, не более 90 мг в сутки;

лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 8 мг, парентерально 8 мг внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг.

26. При неэффективности нестероидных противовоспалительных ЛП возможно использование одного из следующих опиоидных анальгетиков:

тримеперидин, раствор для внутримышечного и подкожного введения 20 мг/мл 1 мл, подкожно или внутримышечно вводится 10–40 мг (1 мл 1 % раствора – 2 мл 2 % раствора). Максимальная разовая доза 40 мг, максимальная суточная доза 160 мг;

трамадол раствор для инъекций 50 мг/мл 2 мл, таблетки или капсулы 50 мг; внутримышечно, внутривенно или подкожно по 50–100 мг, максимальная суточная доза 400 мг. Повторное введение возможно не ранее, чем через 30 минут.

27. При выраженном болевом синдроме возможно применение перидуральной анальгезии с применением одного из следующих ЛП:

лидокаин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; 20 мг/мл 2 мл, 10 мл, однократное или постоянное введение анестетика через эпидуральный катетер 150–500 мг анестетика;

бупивакаин, раствор для интратекального введения 5 мг/мл 4 мл (гипербарический), однократное или постоянное введение анестетика через эпидуральный катетер 37,5–225 мг анестетика +/- эpineфрин 5 мкг/мл (1:200000).

28. С целью антибактериальной терапии пациентам с тяжелым ОП назначается один из следующих ЛП:

цефепим, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 1000 мг, 2000 мг, по 2 г внутривенно или внутримышечно каждые 12 часов в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов;

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг, внутримышечно или внутривенно медленно по 2000 мг 1–2 раза в сутки 7–10 дней в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов;

пиперациллина/газобактам, порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий (для внутривенного введения) 4000 мг/500 мг, внутривенно капельно по 4000 мг/500 мг каждые 6–8 часов в монотерапии.

29. Коррекция дисметаболических и гидроионных нарушений осуществляется следующими базисными инфузионными растворами:

натрия хлорид, раствор для инфузий 9 мг/мл, среднесуточная доза 1000 мл, внутривенно капельно (с целью сохранения венозного доступа);

раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мг/мл, внутривенно капельно, не более 6 г/кг массы тела в сутки (при коррекции травматической гиповолемии);

сбалансированные полиионные растворы – раствор Рингера, раствор для инфузий 200 мл, 400 мл, внутривенно капельно, максимальный суточный объем: 500–3000 мл/24 часа) (при снижении уровня калия, натрия, хлора и кальция);

сбалансированные полиионные растворы – меглюмина натрия сукцинат, раствор для инфузий 1,5 % 400 мл, внутривенно, капельно, 90 капель в минуту, максимальная суточная доза 800 мл;

аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии (с целью парентерального питания).

30. При острой кровопотере и нарушениях гемостаза назначаются:

плазмозамещающие ЛП (декстран, раствор для инфузий 60 мг/мл 200 мл, 400 мл или раствор для инфузий 100 мг/мл 200 мл, 400 мл, вводится внутривенно капельно от 0,5 до 1,5 л или гидроксипрохлорид, раствор для инфузий 60 мг/мл, 100 мг/мл,

максимальные суточные дозы для взрослых: 10 % раствор гидроксиэтилкрахмала – 20 мл/кг (1500 мл при массе тела 75 кг), 6 % раствор гидроксиэтилкрахмала – 33 мл/кг (2500 мл при массе тела 75 кг);

ЛП и препараты крови (альбумин (50 мг/мл, 100 мг/мл, 200 мг/мл) 1–2 мл/кг раствора с концентрацией 100 мг/мл внутривенно капельно, ежедневно или через день до момента достижения требуемых показателей);

свежезамороженная плазма (из расчета 10–15 мл на 1 кг массы тела);

эритроцитные компоненты крови (объем инфузии до достижения требуемых показателей гемоглобина).

31. С целью подавления экзокринной функции поджелудочной железы и уменьшения ее отека пациентам назначаются синтетические аналоги соматостатина (октреотид, раствор для инъекций 100 мкг/мл 1 мл или раствор для инъекций 50 мкг/мл 1 мл, для длительного внутривенного введения 25–50 мкг в час на срок не менее 5 дней).

32. При явлениях гастростаза и парезе кишечника выполняется зондовая назогастральная декомпрессия.

33. При парезе кишечника с целью стимуляции перистальтики назначается один из следующих антихолинэстеразных ЛП:

неостигмин, раствор для инъекций 0,5 мг/мл 1 мл, подкожно 0,5–2 мг, 1–2 раза в сутки. Максимальная суточная доза 6 мг;

ипидакрин, раствор для внутримышечного и подкожного введения (для инъекций) 5 мг/мл 1 мл, подкожно или внутримышечно 1 мл 1–2 раза в сутки.

34. Энтеральное питание через зонд осуществляется после купирования гастростаза и пареза кишечника.

35. С целью медицинской профилактики эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта назначается один из следующих блокаторов гистаминовых H<sub>2</sub>-рецепторов или ингибиторов протонной помпы:

омепразол, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг или капсулы кишечнорастворимые 20 мг. Доза ЛП составляет 40 мг для введения в форме внутривенной инфузии. По возможности осуществляется переход на пероральный прием ЛП в дозе 20 мг 2 раза в сутки натощак;

лансопразол, капсулы кишечнорастворимые 30 мг, внутрь по 30 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды или через 2 часа после еды;

пантопразол, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг или таблетки, покрытые оболочкой (таблетки кишечнорастворимые) 40 мг, доза для внутривенного введения составляет 40 мг (1 флакон) в сутки. По возможности осуществляется переход на пероральный прием ЛП в дозе 40 мг в сутки;

ранитидин, раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения) 25 мг/мл 2 мл. Внутривенно медленно (в течение 5 минут) 50 мг, в разведении 0,9 % раствором натрия хлорида или 5 % раствором декстрозы до 20 мл. При необходимости проводятся повторные введения через каждые 6–8 ч. Внутривенно капельно, со скоростью 25 мг/ч в течение 2 ч; при необходимости – повторное введение через 6–8 ч. Внутримышечно – 50 мг 3–4 раза в сутки;

фамотидин, лиофилизированный порошок для инъекций (для приготовления раствора для внутривенного введения) 20 мг, внутривенно капельно по 20 мг каждые 12 часов.

36. При развитии полиорганной недостаточности проводится посиндромная терапия.

37. Контроль эффективности консервативного лечения тяжелого ОП осуществляется методами инструментального и лабораторного контроля:

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

ангиографические исследования;

фиброэзофагогастродуоденоскопия;

биохимический анализ крови;

определение параметров кислотно-основного состояния;  
общий анализ крови;  
иные исследования по медицинским показаниям.

38. Оценка состояния пациента, динамики проводимой интенсивной терапии и ее коррекция осуществляется ежедневными совместными медицинскими осмотрами врачей-хирургов и врачей-анестезиологов-реаниматологов.

## **ГЛАВА 5**

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОП**

39. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при тяжелой форме ОП являются:

клиническая картина перитонита;  
прогрессирование пареза кишечника;  
признаки гнойного оментобурсита, гнойного парапанкреатита и (или) гнойного процесса иных локализаций.

40. Пациентам с (билиарной) гипертензией (вклинение камня, стриктура большого дуоденального сосочка) показаны эндоскопическая папиллосфинктеротомия или дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ или лапароскопически.

41. При прогрессирующих острых жидкостных и (или) некротических скоплениях в брюшной полости и забрюшинной клетчатке по данным УЗИ показана пункция скоплений под контролем УЗИ с обязательным определением в пунктате уровня амилазы и выполнением бактериологического исследования с определением чувствительности к антибактериальным ЛП. Активное нарастание объема скапливаемой жидкости с высоким уровнем в ней амилазы является медицинским показанием к дренированию образований. В случае неэффективности, в зависимости от клинической ситуации, показано хирургическое лечение осложненных форм из открытых или лапароскопических доступов.

42. Хирургические вмешательства открытым доступом выполняются при угрожающих жизни пациента осложнениях (кровотечение, перфорация полых органов и иных).

43. При развитии гнойных осложнений острого некротизирующего панкреатита хирургическое вмешательство включает вскрытие, санацию и дренирование гнойных очагов брюшной полости и (или) забрюшинного пространства под контролем УЗИ или лапароскопически. При отсутствии эффекта в течение 72 часов выполняется дополнительное дренирование или открытая некрсеквестрэктомия.

44. При интраоперационном обнаружении в брюшной полости (забрюшинном пространстве) выпота (гноя) выполняется бактериологическое исследование данного выпота (гноя) с определением чувствительности к антибактериальным ЛП.

45. При развитии кровотечений из зоны поджелудочной железы предпочтение следует отдавать рентгенэндоваскулярным методам гемостаза, при отсутствии такой возможности выполняется открытое хирургическое вмешательство. Допускается возможность лапароскопического хирургического вмешательства.

46. Периоперационная антибиотикопрофилактика проводится с целью снижения риска контаминации внутрибрюшной полости сапрофитной флорой с использованием цефазолина, порошка для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг, внутривенно в дозе 2,0 г (при весе пациента менее 120 кг) или в дозе 3,0 г (при весе пациента 120 кг и более) в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно 500 мг;

Антибактериальный ЛП вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа, если время пропущено допускается введение за 30–60 минут.

Повторное введение цефазолина осуществляется при массивной интраоперационной кровопотере более 1,5 литров или через 4 часа при продолжающемся хирургическом вмешательстве, повторное введение метронидазола не требуется.

47. Если в раннем послеоперационном периоде на фоне проводимой антибактериальной терапии в первые 2–3 суток нарастают признаки воспалительного процесса (усиливается гипертермия, нарастает лейкоцитоз, количество отделяемого по дренажам не уменьшается или эти параметры остаются без динамики) целесообразна замена антибактериального ЛП на пиперациллин/тазобактам, порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий (для внутривенного введения) 4000 мг/500 мг, внутривенно капельно по 4000 мг/500 мг каждые 6–8 часов в монотерапии.

В позднем послеоперационном периоде (свыше 5 суток после проведенного хирургического вмешательства) показана замена антибактериальной терапии на один из карбапенемов:

меропенем, порошок для приготовления раствора для внутривенных инъекций 1000 мг, внутривенно по 2000 мг (содержимое флакона растворяется в 50–1000 мл изотонического раствора натрия хлорида 0,9 % до конечной концентрации 1–20 мг/мл) 3 раза в сутки 7–10 дней;

имипенем/циластатин, порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг/500 мг, внутривенно капельно по 1000/1000 мг 4 раза в сутки 7–10 дней;

дорипенем, порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг, внутривенно капельно, по 500 мг (по 1000 мг при состоянии пациента, оцениваемого как «ближе к тяжелому») каждые 8 часов, 7–10 дней.

При наличии бактериологического исследования с антибиотикограммой антибактериальная терапия назначается или корректируется с учетом чувствительности высеянной микрофлоры, коррекция антибактериальной терапии не проводится в случае положительного клинического течения и при отсутствии симптомов нарастания тяжести бактериального осложнения.

48. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений перед хирургическим вмешательством и в послеоперационном периоде (по медицинским показаниям) назначается один из следующих ЛП:

далтепарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл (раствор для инъекций 5000 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл). Периоперационная профилактика: у пациентов с умеренным риском тромбоза 2500 МЕ за 1–2 часа до хирургического вмешательства, у пациентов с дополнительным риском тромбоза вводится вечером накануне хирургического вмешательства 5000 МЕ подкожно или 2500 МЕ за 1–2 часа до хирургического вмешательства и 25000 МЕ через 12 часов. После хирургического вмешательства: при низком риске тромбоза с профилактической целью 2500 МЕ подкожно, 1 раз в сутки. При дополнительных рисках тромбоза с профилактической целью или 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки или по 2500 МЕ подкожно 2 раза в сутки (при риске кровотечения);

эноксапарин кальция, раствор для инъекций 2000 анти-Ха МЕ/0,2 мл (4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл). Периоперационная профилактика: при умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно за 2 часа до хирургического вмешательства, при высоком риске тромбоза – 4000 МЕ (0,4 мл) за 12 часов до хирургического вмешательства, возобновить через 12 часов после хирургического вмешательства. После хирургического вмешательства: при умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно 1 раз в сутки, при высоком риске тромбоза с профилактической целью 4000 МЕ (0,4 мл) подкожно 1 раз в сутки;

надропарин кальция, раствор для подкожного введения 2850 МЕ анти-Ха 0,3 мл (3800 МЕ анти-Ха 0,4 мл и 5700 МЕ анти-Ха 0,6 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (0,3 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью: за 12 часов до хирургического вмешательства 2850 МЕ (при массе тела 51–70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг), затем столько же через 12 часов после хирургического вмешательства и далее столько же до 3 дня после хирургического вмешательства, затем подкожно при массе тела 51–70 кг – 3800 МЕ 1 раз в сутки и 5700 МЕ при массе тела свыше 70 кг;

бемипарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ анти-Ха/0,2 мл. Периоперационная профилактика: с профилактической целью вводится подкожно за 2 часа до хирургического вмешательства или через 6 часов после хирургического вмешательства 2500 МЕ (0,2 мл). После хирургического вмешательства: с профилактической целью вводится подкожно 2500 МЕ (0,2 мл) 1 раз в сутки;

гепарин, раствор для внутривенного и подкожного введения (для инъекций) 5000 МЕ/мл 5 мл. По 5000 МЕ подкожно каждые 8 часов в качестве медицинской профилактики тромбозов.

В случае прогрессивного снижения уровня тромбоцитов на фоне проводимой антикоагулянтной терапии и подозрении на гепарин-индуцированную тромбоцитопению II типа, при необходимости продолжается антикоагулянтная терапия с заменой гепарина или низкомолекулярных гепаринов на фондапаринукс натрия (раствор для внутривенного и подкожного введения 2,5 мг/0,5 мл в шприцах) по 2,5 мг подкожно 1 раз в сутки, независимо от тяжести факторов риска.

49. При иммобилизации пациента в послеоперационном периоде антикоагулянтная терапия назначается до момента активизации пациента.

## **ГЛАВА 6**

### **МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОП В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

50. Медицинское наблюдение пациентов с ОП в амбулаторных условиях осуществляется врачом-хирургом и врачом-эндокринологом (при необходимости) в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения на протяжении 3 месяцев после выписки из больницы организации (при отсутствии рецидива заболевания) с выполнением общего анализа крови и определением уровня глюкозы в крови.

51. Медицинское наблюдение пациентов с ОП при наличии:

51.1. наружного панкреатического свища, сформированного в послеоперационном периоде, осуществляется в течение 6 месяцев. Через 6 месяцев при наличии стойкого свища пациент направляется на плановое хирургическое вмешательство;

51.2. сформированной постнекротической псевдокисты осуществляется 1 раз в месяц в течение 6 месяцев с проведением УЗИ или компьютерная томография органов брюшной полости с целью контроля за ее размерами, состоянием, с последующим снятием с медицинского наблюдения врачом-хирургом под медицинское наблюдение врача общей практики. При развитии осложнений (увеличение в размерах, инфицирование, кровотечение в полость кисты, сдавление соседних органов и иных) пациент направляется в больницу организацию областного или республиканского уровня для госпитализации.

52. Диагностические исследования и кратность их проведения, кратность медицинского наблюдения определяются по медицинским показаниям.