

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 холециститом в стационарных условиях»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с острым холециститом (далее – ОХ) в стационарных условиях (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – К80.0 Камни желчного пузыря с острым холециститом, К81.0 Острый холецистит).

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 ОХ относятся пациенты с острыми воспалительными, гнойными и (или) некротическими изменениями стенки желчного пузыря, которые развились как впервые, так и на фоне хронического процесса.

5. По этиологии выделяются калькулезный и бескаменный ОХ.

По клинико-морфологической форме выделяются катаральный, флегмонозный и гангренозный ОХ.

6. Выделяются следующие степени тяжести течения ОХ:

легкое течение (острое воспаление желчного пузыря у соматически здоровых пациентов без сопутствующих заболеваний с умеренными воспалительными изменениями в стенке желчного пузыря);

среднетяжелое течение (острое воспаление желчного пузыря более 72 часов от начала заболевания, пальпируемый болезненный желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье, деструктивные формы ОХ с развитием околопузырных осложнений или отграниченного желчного перитонита);

тяжелое течение (острый деструктивный (осложненный) холецистит, сопровождающийся признаками полиорганной недостаточности (группа повышенного риска)).

7. Наличие ОХ или подозрение на ОХ является основанием для госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации.

Медицинская транспортировка пациента с ОХ в больничную организацию осуществляется в положении лежа.

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

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

9. Осложнениями ОХ могут являться:

эмпиема желчного пузыря;

околопузырный инфильтрат;

перивезикальный абсцесс;
перфорация желчного пузыря;
перитонит;
холангит;
наружный или внутренний желчный свищ.

10. Для лечения пациентов с ОХ 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 ОХ

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

11.1. клинические методы исследования:

медицинский осмотр;
общая термометрия;
подсчет частоты сердечных сокращений;
подсчет частоты дыхания;
измерение артериального давления;
аускультация легких, сердца;
пальпация и перкуссия живота, паховых областей;

11.2. клинико-лабораторные исследования:

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

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

общий анализ мочи;

11.3. инструментальные методы исследования:

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

электрокардиограмма.

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

12.1. клинико-лабораторные исследования:

определение параметров кислотно-основного состояния;

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

12.2. инструментальные методы исследования:

обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей;

компьютерная томография органов брюшной полости;

фиброэзофагогастродуоденоскопия;

12.3. консультации врачей-специалистов;

12.4. иные.

13. Обязательными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с ОХ в хирургическом отделении больничной организации являются:

медицинский осмотр в течение 30 минут после поступления, затем каждые 3 часа или чаще (по медицинским показаниям) до купирования приступа ОХ;

повторный общий анализ крови (определение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гематокрита, содержания гемоглобина, подсчет лейкоцитарной формулы) каждые 9–12 часов до купирования приступа ОХ.

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

14.1. клиничко-лабораторные исследования:

определение параметров кислотно-основного состояния;

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

определение групп крови по системам АВ0 и Rh-фактор;

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

общий анализ мочи;

14.2. инструментальные методы исследования:

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей;

компьютерная томография органов брюшной полости;

фиброэзофагогастродуоденоскопия;

14.3. консультации врачей-специалистов;

14.4. иные.

ГЛАВА 3 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОХ

15. Для обезболивания после установления диагноза ОХ 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; таблетки, покрытые оболочкой 100 мг, внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки; 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; таблетки, покрытые оболочкой 50 мг, капсулы пролонгированного действия 75 мг, внутрь суммарная суточная доза, разделенная на 2–3 приема, не должна превышать 150 мг; 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; таблетки, покрытые оболочкой 10 мг, внутрь 10 мг 3–4 раза в сутки, не более 5 дней;

лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 8 мг; таблетки, покрытые оболочкой 4 мг и 8 мг. Парентерально 8 мг внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг. Внутрь суточная доза составляет 8–16 мг, разделенные на 2–3 приема. Максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг.

16. Для снятия 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, внутривенно или внутримышечно. Средняя суточная доза составляет 40–240 мг, разделенная на 1–3 дозы в сутки.

17. При неэффективности нестероидных противовоспалительных ЛП, медицинских противопоказаниях к опиоидным анальгетикам выполняются блокады с применением одного из следующих ЛП:

прокаин, раствор для инъекций 2,5 мг/мл, 5 мг/мл, 10 мг/мл, в паранефральную или параумбиликальную клетчатку 250–400 мг прокаина однократно;

спинальная анестезия: 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 или бупивакаина, 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).

18. У пациентов без отягощенного фармакологического анамнеза (не принимавших антибактериальную терапию на предшествующем амбулаторном этапе и не находившихся на стационарном лечении в последние 3 месяца) при наличии признаков развития бактериальной инфекции используется одна из следующих схем:

амоксцициллина/клавуланат, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг/200 мг, внутривенно медленно (1,2 г ЛП растворяется в 20 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3–4 раза в сутки или таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг, внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки 7–10 дней;

цефепим, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 1000 мг, 2000 мг, по 2 г внутривенно и 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.

19. Пациентам с отягощенным фармакологическим анамнезом и (или) множественной сопутствующей патологией (сахарный диабет, хроническая сердечная

недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, иные) назначается один из следующих ЛП:

ципрофлоксацин, раствор для инфузий 2 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 400 мг 2 раза в сутки 3–5 дней в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов, затем ципрофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг, внутрь по 1 таблетке 1–2 раза в сутки 5–7 дней в комбинации с метронидазолом, таблетки 250 мг, внутрь по 500 мг каждые 8 часов;

левофлоксацин, раствор для инфузий 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг 1 раз в сутки 3–5 дней в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов, затем левофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 750 мг, внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки 5–7 дней в комбинации с метронидазолом, таблетки 250 мг, внутрь по 500 мг каждые 8 часов;

моксифлоксацин, раствор для инфузий 1,6 мг/250 мл, внутривенно капельно по 0,4 г 1 раз в сутки первые 3–5 дней, затем моксифлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг, внутрь по 1 таблетке 5–7 дней;

пиперациллина/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.

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

натрия хлорид, раствор для инфузий 9 мг/мл, среднесуточная доза 1000 мл, внутривенно капельно;

раствор глюкозы, раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мг/мл, 200 мг/мл, внутривенно капельно, не более 6 г/кг массы тела в сутки (с целью коррекции гидроионных нарушений и детоксикации);

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

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 гидроксиэтилкрахмал, 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) (при шоке и массивной кровопотере).

ГЛАВА 4 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОХ

21. При регрессирующем неосложненном течении ОХ после получения положительного результата при проведении комплекса консервативных лечебных мероприятий, холецистэктомия выполняется в плановом порядке.

22. При отсутствии эффекта от консервативного лечения и (или) при прогрессирующем течении ОХ выполняется хирургическое вмешательство. Оптимальными сроками выполнения хирургического вмешательства являются 24–72 часа с момента заболевания.

23. Видами хирургических вмешательств, выполняемых при ОХ, являются:

холецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии;

холецистэктомия из лапаротомного доступа или лапароскопически.

Методом выбора хирургического лечения при ОХ является лапароскопическая холецистэктомия.

24. При наличии у пациента факторов риска (тяжесть состояния, сопутствующая патология) выполняется декомпрессионное дренирование желчного пузыря

(холецистостомия) под контролем УЗИ или лапароскопии. Холецистэктомия после холецистостомии выполняется в плановом порядке.

При максимальной степени операционного риска и по решению врачебного консилиума декомпрессионное дренирование желчного пузыря допускается в качестве окончательного метода лечения ОХ. Лечение осуществляется консервативными методами. После стабилизации состояния допускается выполнение холецистэктомии по жизненным показаниям.

25. Наличие у пациента с ОХ клинической картины перитонита является медицинским показанием к экстренному хирургическому вмешательству в течение 4 часов с момента поступления в больничную организацию. Выполняется холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Окончательный объем хирургического вмешательства определяется выявленной во время хирургического вмешательства патологией.

26. Интраоперационная холангиография, наружное и внутреннее дренирование желчных путей выполняется по медицинским показаниям.

27. Открытая холецистэктомия выполняется из лапаротомного доступа (верхне-срединного, доступы в правом подреберье по Федорову или Кохеру).

28. Бактериологическое исследование с определением чувствительности к антибактериальным ЛП выполняется:

28.1. содержимого желчного пузыря;

28.2. при интраоперационном обнаружении в брюшной полости выпота (гноя).

29. Периоперационная антибиотикопрофилактика при хирургическом вмешательстве на желчевыводящих путях проводится с целью снижения риска контаминации внутрибрюшной полости сапрофитной флорой с использованием одной из следующих схем:

цефазолин, порошок 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);

ампициллин/сульбактам, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 1000 мг+500 мг, внутривенно 3,0 г;

амоксициллина/клавуланат, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг/200 мг, внутривенно 1,2 г.

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

Повторное введение антибактериальных ЛП необходимо при длительности хирургического вмешательства более двух периодов полувыведения использованных антибактериальных ЛП при нормальной почечной функции и при массивной интраоперационной кровопотере более 1,5 литров (для цефазолина повторное введение осуществляется через 4 часа при продолжающемся хирургическом вмешательстве, для амоксициллина/клавуланата – через 2 часа, для ампициллина/сульбактама – через 2 часа).

31. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений перед хирургическим вмешательством применяется 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). 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. 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). 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 с возобновлением через 12 часов после хирургического вмешательства;

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);

бемипарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ анти-Ха/0,2 мл. С профилактической целью вводится подкожно за 2 часа до хирургического вмешательства или через 6 часов после 2500 МЕ (0,2 мл);

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.

32. Хирургические вмешательства выполняются под общей анестезией.

33. По завершению хирургического вмешательства по медицинским показаниям выполняется дренирование брюшной полости и (или) установка тампонов в ложе желчного пузыря.

ГЛАВА 5 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОХ

34. В послеоперационном периоде в зависимости от тяжести состояния пациента лечение проводится в условиях отделения анестезиологии и реанимации и (или) хирургического отделения больницы организации.

35. В послеоперационном периоде 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; при восстановлении пассажа по желудочно-кишечному тракту (далее – ЖКТ) возможен переход на пероральные формы (таблетки, покрытые оболочкой 100 мг, внутрь по 1 таблетке 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; таблетки, покрытые оболочкой 50 мг, капсулы пролонгированного действия 75 мг, внутрь суммарная суточная доза, разделенная на 2–3 приема, не должна превышать 150 мг; 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; при восстановлении пассажа по ЖКТ возможен переход на пероральные формы (таблетки, покрытые оболочкой 10 мг, внутрь 10 мг 3–4 раза в сутки, не более 5 дней);

лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 8 мг, таблетки, покрытые оболочкой 4 мг и 8 мг. Парентерально 8 мг внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг. Внутрь суточная доза составляет 8–16 мг, разделенные на 2–3 приема. Максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг.

36. 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.

37. У пациентов без отягощенного фармакологического анамнеза (не принимавших антибактериальную терапию в амбулаторных условиях и не находившихся на лечении в стационарных условиях последние 3 месяца) используется один из следующих ЛП:

амоксциллина/клавуланат, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг/200 мг, внутривенно медленно (1,2 г ЛП растворяется в 20 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3–4 раза в сутки или таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг, внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки – 7–10 дней;

цефепим, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 1000 мг, 2000 мг, по 2 г внутримышечно или внутривенно 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.

38. Пациентам с отягощенным фармакологическим анамнезом и (или) множественной сопутствующей патологией (сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, иные) назначается один из следующих ЛП:

ципрофлоксацин, раствор для инфузий 2 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 400 мг 2 раза в сутки 3–5 дней в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов, затем ципрофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг, внутрь по 1 таблетке 1–2 раза в сутки 5–7 дней в комбинации с метронидазолом, таблетки 250 мг, внутрь по 500 мг каждые 8 часов;

левофлоксацин, раствор для инфузий 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг 1 раз в сутки 3–5 дней в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов, затем левофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 750 мг, внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки 5–7 дней в комбинации с метронидазолом, таблетки 250 мг, внутрь по 500 мг каждые 8 часов;

моксифлоксацин, раствор для инфузий 1,6 мг/250 мл, внутривенно капельно по 0,4 г 1 раз в сутки первые 3–5 дней, затем моксифлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг, внутрь по 1 таблетке 5–7 дней;

пиперациллина/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.

39. 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.

40. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений в послеоперационном периоде применяется 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). 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). 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). 2850 МЕ (при массе тела 51–70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг) 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. 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.

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

42. При электролитном отклонении по результатам биохимического анализа крови проводится коррекция дисметаболических и гидроионных нарушений следующими ЛП:

солевые растворы для коррекции гидроионных – 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;

растворы глюкозы, раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мг/мл, внутривенно капельно, не более 6 г/кг массы тела в сутки;

сбалансированные полиионные растворы с целью коррекции электролитного состава крови – меглюмина натрия сукцинат, раствор для инфузий 1,5 % 400 мл, внутривенно капельно, 90 капель в минуту, максимальная суточная доза 800 мл.

ГЛАВА 6 **МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОХ** **В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

43. Медицинское наблюдение пациентов с ОХ в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

44. Медицинское наблюдение пациентов с ОХ в амбулаторных условиях осуществляет врач-хирург на протяжении 3 месяцев после выписки из больницы организации (при отсутствии рецидива заболевания) с выполнением общего анализа крови. При наличии медицинских показаний, в том числе при наличии желчнокаменной болезни, пациент направляется на плановое хирургическое вмешательство.

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