

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**



**УТВЕРЖДАЮ**

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2017 г.

Регистрационный № 126-1216

**МЕТОД ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ  
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С  
ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ  
(инструкция по применению)**

**УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:**

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

**АВТОРЫ:** д.м.н., профессор Митьковская Н.П., д.м.н., профессор, член-корреспондент НАН Беларуси Третьяк С.И., к.м.н. Дзядзько А.М., Минов А.Ф., к.м.н., доцент Герасименок Д.С., к.м.н., доцент Статкевич Т.В., к.м.н., доцент Григоренко Е.А.

Минск, 2016

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д. Л. Пиневиц

17.02.2017

Регистрационный №126-1216

**МЕТОД ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ  
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ  
КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Н. П. Митьковская, д-р мед. наук, проф., чл.-корр.  
НАН Беларуси С. И. Третьяк, канд. мед. наук А. М. Дзядзько, А. Ф. Минов, канд.  
мед. наук, доц. Д. С. Герасименок, канд. мед. наук, доц. Т. В. Статкевич, канд.  
мед. наук, доц. Е. А. Григоренко

Минск 2016

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для врачей-терапевтов, врачей-кардиологов, врачей-хирургов, врачей-анестезиологов-реаниматологов и других врачей-специалистов учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с острой патологией гепатобилиарной системы, имеющим коморбидные заболевания. Инструкция может быть использована в комплексе медицинских услуг, направленных на медицинскую профилактику неблагоприятного кардиоваскулярного события (внезапной сердечной смерти, инфаркта миокарда, системных эмболий) у пациентов с острым калькулезным холециститом.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Для реализации метода, изложенного в инструкции, требуются результаты общепринятых клинических, инструментальных и лабораторных исследований, характеризующих состояние сердечно-сосудистой системы пациента.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Острый калькулезный холецистит.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

1. Соматическая патология в стадии декомпенсации (сахарный диабет, хроническая болезнь почек, сердечная, печеночная и дыхательная недостаточность, онкологическая патология).

2. Сепсис.

### **ОГРАНИЧЕНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Наличие у пациентов двигательных парезов, психических заболеваний, выраженное снижение когнитивных функций.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

### ***Этап 1.***

Таблица 1. — Алгоритм оценки риска развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий у пациентов с острым калькулезным холециститом

Шаг 1	Выявление признаков декомпенсации сердечно-сосудистой системы	Да. При декомпенсированном состоянии сердечно-сосудистой системы (таблица 2) решение о сроках выполнения хирургического вмешательства принимается после консультации врача-кардиолога или врача-терапевта (для достижения стабилизации состояния) или по жизненным показаниям. Нет. Шаг 2
Шаг 2	Определение риска хирургического вмешательства	Низкий. У пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) или клиническими факторами риска развития кардиоваскулярных осложнений в периоперационном периоде (таблица 3) коррекция лечения фонового заболевания осуществляется согласно утвержденным

		Министерством здравоохранения Республики Беларусь клиническим протоколам (таблица 5). Решение о сроках выполнения хирургического вмешательства принимается после консультации врача-кардиолога или врача-терапевта и коррекции лечения коморбидного заболевания. Средний или высокий. Шаг 3
Шаг 3	Оценка функциональных резервов сердечно-сосудистой системы (таблица 4)	Средние или высокие (>4 METs). Пациентам с АГ, ИБС или клиническими факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений в периоперационном периоде (таблица 3) необходимо провести коррекцию лечения фонового заболевания согласно утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь клиническим протоколам (таблица 5). Низкие ( $\leq 4$ METs). Шаг 4
Шаг 4	Определение риска хирургического вмешательства	Средний. Пациентам с одним или более клинических факторов риска (таблица 3) необходима консультация врача-кардиолога или врача-терапевта для решения вопроса о необходимости проведения эхокардиографии (ЭхоКГ). *Следует рассмотреть вопрос о выполнении неинвазивных методов диагностики ишемии миокарда. Высокий. Шаг 5
Шаг 5	Оценка клинических факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (таблица 2)	Два и менее. Консультация врача-кардиолога или врача-терапевта для решения вопроса о необходимости проведения ЭхоКГ. *Следует рассмотреть вопрос о выполнении неинвазивных методов диагностики ишемии миокарда. Коррекция лечения фонового заболевания согласно утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь клиническим протоколам (таблица 5). Три и более. Шаг 6
Шаг 6	Проведение неинвазивных методов исследования для оценки ишемии миокарда*	Отсутствует/легкая ишемия. Коррекция лечения фонового заболевания согласно утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь клиническим протоколам (таблица 5). Решение о сроках выполнения хирургического вмешательства принимается после консультации врача-кардиолога или врача-терапевта и коррекции лечения коморбидного заболевания. Умеренная/выраженная ишемия. Выполнение коронароангиографии
* — решение о необходимости выполнения неинвазивных методов диагностики ишемии миокарда принимается врачом-кардиологом или врачом-терапевтом.		

Таблица 2. — Декомпенсированное состояние сердечно-сосудистой системы

Нестабильная стенокардия
Стабильная стенокардия ФК III-IV по Канадской классификации
Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ФК III-IV по NYHA
Нарушения ритма и проводимости: АВ блокада II-III степени. Симптоматическая частая желудочковая экстрасистолия. Впервые выявленная устойчивая желудочковая тахикардия. Симптоматическая синусовая брадикардия. Бради- тахисистолическая форма фибрилляции/трепетания предсердий
Клинически значимое поражение клапанного аппарата сердца: Стеноз аортального клапана площадью <math><1 \text{ см}^2</math> или градиентом давления >40 мм рт. ст. Стеноз митрального клапана площадью <math><1,5 \text{ см}^2</math> и ДЛА сист. >50 мм рт. ст.
Инфаркт миокарда, перенесенный в течение последних 30 дней

Таблица 3. — Клинические факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений в периоперационном периоде\*

Стабильная стенокардия ФК III-IV или инфаркт миокарда в анамнезе
ХСН ФК III-IV по NYHA
Инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе
Неконтролируемая АГ
Почечная дисфункция (креатинин >170 мкмоль/л или скорость клубочковой фильтрации <math><60 \text{ мл/мин}</math>)
Сахарный диабет, требующий терапии инсулином, в стадии декомпенсации
* — риск развития инфаркта миокарда или внезапной сердечной смерти при отсутствии факторов риска составляет 0,4 %, а при наличии одного, двух, трех и более – 0,9, 6,6 и >11 % соответственно.

Таблица 4. — Функциональные резервы сердечно-сосудистой системы

Низкие (<math><4 \text{ MET}</math>)	Средние или высокие (>4 MET)
Самообслуживание (уход за собой): Работа по дому (уборка, приготовление пищи). Работа в саду (вскапывание земли, прополка, полив растений, сбор урожая). Общеукрепляющая гимнастика. Подъем по лестнице не менее двух пролетов в медленном темпе. Ходьба по ровной местности 5 км/ч. Настольный теннис, волейбол. Езда на велосипеде 10 км/ч	Ходьба по ровной местности 5,5 км/ч и более. Работа ручной пилой, рубка дров, стрижка газона ручным триммером, уборка снега лопатой. Бег 7 км/ч и более. Езда на велосипеде 15 км/ч и более. Катание на лыжах, сноуборде. Аэробика, аквааэробика. Плавание. Игра в футбол, хоккей, баскетбол

## Этап 2.

Таблица 5. — Медицинская профилактика развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов с острым калькулезным холециститом

Лекарственное средство	Показания к назначению
Бета-адреноблокаторы	Должны быть назначены до оперативного вмешательства и при выборе консервативной тактики лечения острого калькулезного холецистита при наличии верифицированного диагноза хронической ИБС или признаков ишемии миокарда по данным неинвазивных методов исследования. Целевое значение ЧСС – 60-70 уд./мин, систолическое артериальное давление – >100 мм рт. ст.
Ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II	Должны быть назначены при наличии верифицированного диагноза АГ, хронической ИБС и/или ХСН
Статины	Назначение статинов показано пациентам, имеющим дислипидемию, признаки атеросклеротического поражения любого сосудистого бассейна и/или установленный диагноз ИБС, цереброваскулярного заболевания
Ацетилсалициловая кислота	Назначение ацетилсалициловой кислоты показано при наличии верифицированного диагноза хронической ИБС или признаков ишемии миокарда по данным неинвазивных методов исследования. При отмене ацетилсалициловой кислоты перед оперативным вмешательством – возобновлено в максимально ранние сроки после хирургической операции
Клопидогрель	Назначение клопидогреля показано при наличии перенесенного инфаркта миокарда и/или стентирования коронарных артерий в пределах 12 мес. перед оперативным вмешательством. В случае если хирургическое вмешательство не может быть отложено, двойная антитромбоцитарная терапия (ацетилсалициловая кислота + клопидогрель) должна продолжаться соответственно как минимум 1 и 3 мес. после имплантации голуметаллических стентов и нового поколения стентов с лекарственным покрытием. Хирургическое вмешательство должно проводиться в стационарах, имеющих круглосуточную ангиографическую службу, обеспечивающую необходимую экстренную помощь в случае возникновения периперационного инфаркта миокарда. Если прерывание двойной антитромбоцитарной терапии становится обязательным из-за высокого риска кровотечения во время неотложного оперативного вмешательства или в случае развития кровотечения, которое не может быть остановлено местным воздействием, альтернативная терапия в качестве замены двойной антитромбоцитарной терапии для профилактики тромбоза стентов отсутствует. Прием клопидогреля необходимо прекратить до операции. При хирургических вмешательствах с низким и умеренным риском кровотечений следует оперировать пациентов на двойной антитромбоцитарной терапии

Варфарин	Назначение варфарина показано при наличии ишемического инфаркта мозга в анамнезе, системных эмболий, фибрилляции предсердий с CHADS-VASc >1 балла и выборе консервативной тактики лечения острого калькулезного холецистита
----------	---