

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
1 апреля 2022 г. № 22

**Об утверждении клинического протокола**

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, 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 доброкачественными заболеваниями прямой кишки, параректальной и копчиковой области в амбулаторных и стационарных условиях» (прилагается).

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 апреля 2014 г. № 31 «Об утверждении некоторых клинических протоколов».

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

**Министр**

**Д.Л.Пиневиц**

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  
01.04.2022 № 22

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**  
**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)**  
**с доброкачественными заболеваниями прямой кишки, параректальной**  
**и копчиковой области в амбулаторных и стационарных условиях»**

**ГЛАВА 1**  
**ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях в хирургических (проктологических) отделениях (кабинетах) организаций здравоохранения (далее – хирургические отделения) пациентам (взрослое население) с доброкачественными заболеваниями прямой кишки, параректальной и копчиковой области (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – А60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (herpes simplex) (А60.1 Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки; А60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная); D12 Доброкачественное новообразование ободочной кишки, прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала (D12.8 Прямой кишки; D12.9 Заднего прохода (ануса) и анального канала); К60 Трещина и свищ области заднего прохода и прямой кишки (К60.0 Острая трещина заднего прохода; К60.1 Хроническая трещина заднего прохода; К60.2 Трещина заднего прохода неуточненная; К60.3 Свищ заднего прохода; К60.4 Прямокишечный свищ; К60.5 Аноректальный свищ (свищ между прямой кишкой и задним проходом); К61 Абсцесс области заднего прохода и прямой кишки (К61.0 Анальный (заднепроходный) абсцесс; К61.1 Ректальный абсцесс; К61.2 Аноректальный абсцесс); К62 Другие болезни заднего прохода и прямой кишки (К62.8 Другие уточненные болезни заднего прохода и прямой кишки); К64 Геморрой и перианальный венозный тромбоз (К64.0 Геморрой первой степени; К64.1 Геморрой второй степени; К64.2 Геморрой третьей степени; К64.3 Геморрой четвертой степени; К64.4 Остаточные геморроидальные кожные метки; К64.5 Перианальный венозный тромбоз; К64.8 Другой уточненный геморрой; К64.9 Геморрой неуточненный); L05 Пилонидальная киста (L05.0 Пилонидальная киста с абсцессом; L05.9 Пилонидальная киста без абсцессов); L29 Зуд (L29.0 Зуд заднего прохода; L29.3 Аногенитальный зуд неуточненный).

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

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

## **ГЛАВА 2**

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ, ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ И КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ**

4. Обязательными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам (взрослое население) с доброкачественными заболеваниями прямой кишки, параректальной и копчиковой области в амбулаторных и стационарных условиях в хирургических отделениях являются:

- визуальное и дигитальное исследование мягких тканей промежности и крестцово-копчиковой области;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- аноскопия;
- ректоскопия;
- колоноскопия;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (глюкоза крови, С-реактивный белок);
- серологическое исследование на маркеры сифилиса методом иммуноферментного анализа или реакцию микропреципитации;
- определение показателей свертывания крови (активированное частичное тромбопластиновое время, D-димеры, международное нормализованное отношение, фибриноген);
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- осмотр врача-акушера-гинеколога (для женщин);
- осмотр врача-терапевта у лиц старше 45 лет и профильного врача-специалиста при наличии сопутствующей соматической патологии.

5. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам (взрослое население) с доброкачественными заболеваниями прямой кишки, параректальной и копчиковой области в амбулаторных и стационарных условиях в хирургических отделениях являются (по медицинским показаниям):

- влагалищное исследование;
- ирригоскопия;
- энтерография;
- пассаж бария по кишечнику;
- двухбаллонная энтероскопия;
- эндовидеокапсульное исследование;
- ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости, в том числе, трансректальное;
- биопсия патологически измененной ткани и ее морфологическое исследование;
- патоморфологическое исследование операционного материала;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- электрокардиограмма у лиц старше 40 лет или при сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы;
- проба с красителями при свищах различной локализации;
- зондирование свища;
- фистулография;
- проктография;
- проба с натуживанием в положении лежа и на корточках (дефекография);
- компьютерная томография;
- магнитно-резонансная томография;

анализ кала на дисбактериоз;  
анализ кала на скрытую кровь;  
микробиологические исследования отделяемого из свища, перианального и анального скарификата;

консультация врачей-специалистов (врач-гастроэнтеролог, врач-акушер-гинеколог, врач-уролог, врач-кардиолог, другие врачи-специалисты);

анализ крови на маркеры ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С.

6. В хирургических отделениях применяются малоинвазивные хирургические методы лечения, не предусматривающие в послеоперационном периоде круглосуточного медицинского наблюдения.

7. При лечении пациентов (взрослое население) с доброкачественными заболеваниями прямой кишки, параректальной и копчиковой области в хирургических отделениях применяются лекарственные препараты (далее – ЛП) согласно приложению.

### **ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ**

8. Радикальным методом лечения геморроя является хирургическое вмешательство (в том числе, малоинвазивное вмешательство), направленное на ликвидацию морфологической основы геморроя (геморроидальных узлов).

Планируемым результатом лечения геморроя является ликвидация симптомов геморроя.

9. Хирургическими методами лечения геморроя, применяемыми:

9.1. в хирургических отделениях в амбулаторных условиях являются:

лигирование внутренних геморроидальных узлов при I–II ст. заболевания;

инфракрасная фотокоагуляция при I ст. заболевания;

склеротерапия внутренних геморроидальных узлов при I–II ст. заболевания;

хирургическое лечение перианальных бахромок и тромбированных наружных геморроидальных узлов I–II степени тяжести воспаления;

лазерная деструкция геморроидальных узлов;

9.2. в хирургических отделениях в стационарных условиях являются:

дезартеризация геморроидальных узлов;

геморроидэктомия, в том числе, с использованием ультразвукового скальпеля или аппарата электрической коагуляции.

10. Возможными осложнениями после хирургического вмешательства при лечении геморроя являются:

кровотечение из операционной раны;

нагноение раны;

формирование сателлитных геморроидальных узлов;

инфильтрат в области раны;

дизурические расстройства;

формирование анальных кожных бахромок;

формирование гипергрануляций;

свищ;

рубцовая деформация тканей в зоне хирургического вмешательства.

11. Консервативное лечение геморроя является симптоматическим и направлено на уменьшение или ликвидацию основных клинических проявлений заболевания, значимо влияющих на качество жизни пациента. Консервативное лечение также применяется в послеоперационном периоде в качестве реабилитационной терапии.

12. При лечении острого и хронического геморроя в дооперационном и в послеоперационном периодах применяются:

ЛП из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (далее – НПВП) при стойком болевом синдроме. Предпочтительным является пероральный прием НПВП;

ЛП, используемые при варикозном расширении вен (гепарины или гепариноиды для местного применения; ЛП, снижающие проницаемость капилляров; биофлавоноиды) при наличии геморроидального тромбоза;

противоанемические ЛП при наличии анемии в результате геморроидальных кровотечений.

13. Общегигиеническими мероприятиями при лечении геморроя являются:

водная гигиена;

соблюдение рекомендаций по нормализации стула, здоровому образу жизни, рациональному питанию и необходимости лечения сопутствующих заболеваний.

#### **ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ**

14. Хирургическое вмешательство осуществляется при хронической анальной трещине и направлено на ликвидацию патологического сфинктероспазма, удаление тканей анального канала с хронической анальной трещиной и рубцовых парафиссуральных изменений.

15. Хирургическими (в том числе, малоинвазивными) методами лечения хронической анальной трещины в хирургических отделениях являются:

лазерная вапоризация;

иссечение (в том числе, с использованием электрокоагулятора, ультразвукового хирургического аппарата, радиоволнового хирургического аппарата).

Хирургические методы лечения анальной трещины могут дополняться дозированной сфинктеротомией или фармакологической локальной сфинктерорелаксацией с применением миорелаксанта периферического действия.

16. Возможными осложнениями после хирургического вмешательства при лечении анальной трещины являются:

усиление болевого синдрома;

кровотечения из операционной раны;

нагноение раны;

воспаление геморроидальных узлов;

инфильтрат в области раны;

дизурические расстройства;

рецидив заболевания;

формирование свища;

инконтиненция;

рубцовая деформация тканей в зоне хирургического вмешательства.

17. Консервативное лечение хронической анальной трещины является симптоматическим и направлено на уменьшение или ликвидацию основных клинических проявлений заболевания, значимо влияющих на качество жизни пациента (в том числе, боль, кровотечение, сфинктероспазм).

Консервативное лечение применяется для ликвидации острой анальной трещины и в послеоперационном периоде в качестве реабилитационной терапии.

Планируемым результатом лечения анальной трещины является ликвидация анальной трещины и ее клинических проявлений.

18. Консервативными методами лечения анальной трещины являются:

18.1. лекарственная терапия острой и хронической анальной трещины:

ЛП из группы НПВП при стойком болевом синдроме. Предпочтительным является пероральный прием НПВП;

ЛП для местного применения (мази и свечи, содержащие в своем составе местные анестетики, противовоспалительные ЛП, стимуляторы регенерации тканей, спазмолитики (прочие ЛП для лечения геморроя и анальных трещин для наружного применения));

18.2. гигиенические анальные мероприятия;

18.3. рекомендации по нормализации стула;

- 18.4. рекомендации по рациональному питанию;
- 18.5. консультация и лечение врачей-специалистов при наличии сопутствующих заболеваний урогенитального и желудочно-кишечного тракта.

## **ГЛАВА 5**

### **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА (АБСЦЕССА ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ, ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ)**

19. Хирургическими методами лечения острого парапроктита (абсцесса параректальных клетчаточных пространств, перианальной области) в хирургических отделениях являются:

- вскрытие и дренирование подкожного абсцесса (острого подкожного парапроктита);
- вскрытие и дренирование подслизистого абсцесса (острого подслизистого парапроктита);

- при выявлении «причинной крипты» – соединение разреза с этой анатомической зоной.

Медицинская помощь пациентам с острым гнойным парапроктитом других локализаций оказывается в стационарных условиях в хирургических отделениях.

Вероятными результатами лечения острого парапроктита (абсцесса параректальных клетчаточных пространств, перианальной области) являются:

- заживление раны;
- формирование свища прямой кишки.

20. Возможными осложнениями хирургического вмешательства при лечении острого парапроктита (абсцесса параректальных клетчаточных пространств, перианальной области) являются:

- дизурические расстройства;
- распространение воспалительного процесса на окружающие ткани смежных анатомических областей;
- генерализация инфекции;
- инконтиненция;
- кровотечение из раны.

21. Консервативными методами лечения острого парапроктита (абсцесса параректальных клетчаточных пространств, перианальной области) в послеоперационном периоде являются:

- промывание гнойной раны антисептиками;
- антибактериальная терапия при наличии медицинских показаний.

## **ГЛАВА 6**

### **ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА (СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ)**

22. Хирургическими методами лечения хронического парапроктита (свища прямой кишки) в хирургических отделениях являются:

- малоинвазивные хирургические методы лечения интрасфинктерных, трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей, в том числе, с использованием метода интрафистулярной лазерной деструкции и клеточных трансплантационных технологий, межсфинктерного лигирования, интрафистулярной электродеструкции;
- применение абтурирующих пломб и клеевых композиций.

Планируемым результатом лечения хронического парапроктита (свища прямой кишки) является ликвидация свища прямой кишки.

23. Возможными осложнениями хирургического вмешательства при лечении хронического парапроктита (свища прямой кишки) являются:

- дизурические расстройства;
- распространение воспалительного процесса на окружающие ткани смежных анатомических областей;

кровотечение из раны;  
рецидив свища;  
рубцовая деформация тканей в зоне хирургического вмешательства.

24. При лечении хронического парапроктита (свища прямой кишки) в послеоперационном периоде применяются:

ЛП из группы НПВП при стойком болевом синдроме. Предпочтительным является пероральный прием НПВП;

антибактериальная терапия при наличии медицинских показаний.

## **ГЛАВА 7 ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ**

25. Малоинвазивным хирургическим методом лечения остроконечных кондилом в хирургических отделениях является удаление остроконечных кондилом с использованием лазерной, электрохирургической техники или фармакологической деструкции.

Планируемым результатом лечения является ликвидация остроконечных кондилом.

26. Возможными осложнениями хирургического вмешательства при лечении остроконечных кондилом являются:

дизурические расстройства;

распространение воспалительного процесса на окружающие ткани смежных анатомических областей;

кровотечение из раны;

рецидив остроконечных кондилом;

формирование свища;

рубцовые деформации в зоне хирургического вмешательства.

27. При местном лечении после удаления остроконечных кондилом в течение всего периода до эпителизации анальных и перианальных зон разрушения применяются:

ЛП из группы НПВП при стойком болевом синдроме. Предпочтительным является пероральный прием НПВП;

ЛП из группы интерферонов (консервативное иммунотерапевтическое лечение).

## **ГЛАВА 8 ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ, ЗАДНЕГО ПРОХОДА (АНУСА) И АНАЛЬНОГО КАНАЛА**

28. Хирургическими методами лечения доброкачественного новообразования прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала в хирургических отделениях являются:

удаление доброкачественных новообразований прямой кишки до 5 мм в диаметре основания с коагуляцией ложа удаленного новообразования при ректоскопии и удаление под местной анестезией доброкачественных новообразований анального канала ниже зубчатой линии до 1 см в диаметре основания. Может производиться врачом-проктологом в хирургических отделениях при условии предварительного выполнения диагностической колоноскопии. В дальнейшем осуществляется динамическое медицинское наблюдение пациента в течение года. Если гистологически подтвержден аденоматозный полип, колоноскопия выполняется ежегодно;

удаление под местной анестезией доброкачественных новообразований мягких тканей анальной и перианальной области. В дальнейшем осуществляется динамическое медицинское наблюдение пациента в течение года.

Планируемым результатом лечения доброкачественного новообразования прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала является отсутствие патологических образований в зоне хирургического вмешательства.

29. Возможными осложнениями хирургического вмешательства при лечении доброкачественного новообразования прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала являются:

кровотечение из ложа удаленного новообразования;  
перифокальное воспаление тканей;  
рецидив заболевания.

30. При лечении доброкачественного новообразования прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала в послеоперационном периоде применяются:

ЛП из группы НПВП при стойком болевом синдроме. Предпочтительным является пероральный прием НПВП;

ЛП для местного применения (мази и свечи, содержащие в своем составе местные анестетики, противовоспалительные ЛП, стимуляторы регенерации тканей, спазмолитики (иные ЛП для лечения геморроя и анальных трещин для наружного применения).

## **ГЛАВА 9 ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА (ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ)**

31. Хирургическими методами лечения эпителиального копчикового хода (пилонидальной кисты) в хирургических отделениях являются:

вскрытие и дренирование абсцесса при наличии абсцедирования. Через 3 суток после вскрытия абсцесса выполняется лазерная деструкция стенок полости абсцесса и свищевых ходов;

плановое хирургическое вмешательство в виде иссечения кожно-подкожного лоскута с пилонидальной кистой и свищевыми ходами или малоинвазивное хирургическое лечение (pit-picking-технология, лазерная деструкция) при отсутствии острого гнойного воспаления.

Планируемым результатом лечения эпителиального копчикового хода (пилонидальной кисты) является ликвидация свищей и кисты.

32. Возможными осложнениями хирургического вмешательства при лечении эпителиального копчикового хода (пилонидальной кисты) являются:

кровотечение из раны;  
перифокальное воспаление тканей;  
нагноение раны;  
образование серомы, гематомы;  
незаживление раны.

33. При лечении эпителиального копчикового хода (пилонидальной кисты) в послеоперационном периоде применяются:

ЛП из группы НПВП при стойком болевом синдроме. Предпочтительным является пероральный прием НПВП;

ЛП для местного применения (мази и свечи, содержащие в своем составе местные анестетики, противовоспалительные ЛП, стимуляторы регенерации тканей, спазмолитики (прочие ЛП для лечения геморроя и анальных трещин для наружного применения);

ЛП, снижающие проницаемость капилляров;  
биофлавоноиды;  
антибактериальные ЛП при наличии медицинских показаний.

## **ГЛАВА 10 ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОГО ЗУДА И ДРУГИХ УТОЧНЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ (КРИПТИТА, ПАПИЛЛИТА, АНУСИТА)**

34. К методам лечения анального зуда в хирургических отделениях относятся: общегигиенические мероприятия;



рекомендации по нормализации стула и здоровому образу жизни, рациональному питанию;

лечение сопутствующих заболеваний (при их наличии после медицинского обследования) с консультацией (по медицинским показаниям) соответствующих врачей-специалистов (врач-гастроэнтеролог, врач-терапевт, врач-акушер-гинеколог, врач-уролог, врач-дерматовенеролог, врач-эндокринолог, врач-невролог, иные).

Планируемым результатом лечения анального зуда является ликвидация зуда.

35. К методам лечения криптита, папиллита, анусита в хирургических отделениях относятся:

35.1. удаление с использованием электрокоагуляционной техники или лазерной вапоризации при гипертрофии анальных сосочков более 1 см;

35.2. консервативное лечение с применением ЛП:

для местного применения (мази и свечи, содержащие в своем составе местные анестетики, противовоспалительные ЛП, стимуляторы регенерации тканей, спазмолитики (прочие ЛП для лечения геморроя и анальных трещин для наружного применения);

снижающих проницаемость капилляров;

биофлавоноидов.

Планируемым результатом лечения криптита, папиллита, анусита является ликвидация симптомов заболевания.

Приложение  
к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с доброкачественными заболеваниями прямой кишки, параректальной и копчиковой области в амбулаторных и стационарных условиях»

**ЛП, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с доброкачественными заболеваниями прямой кишки, параректальной и копчиковой области в хирургических отделениях**

№ п/п	ЛП	Международное непатентованное наименование (АТХ код)	Лекарственная форма	Способ применения и дозы <sup>1</sup>	
1	Миорелаксанты периферического действия	Комплекс ботулинический токсин типа А – гемагглютинин	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 300 ЕД. Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 500 ЕД	Введение ЛП производится в толщу внутреннего сфинктера шприцем 10–60 ЕД однократно	
2	НПВП	Кеторолак (M01AB15) <sup>2</sup>	Раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах 1 мл	Начальная доза 10 мг с последующим введением каждые 4–6 часов по 10–30 мг. Суммарная суточная доза составляет 90 мг. Длительность применения не более 2 суток	
			Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	10 мг внутрь 3–4 раза в сутки. Максимальная суточная доза – 4 таблетки (40 мг). Продолжительность курса лечения – не более 5 суток	
		Диклофенак (M01AB05) <sup>3</sup>	Раствор для инъекций 75 мг/3 мл в ампулах 3 мл	Инъекционно глубоко внутримышечно. Доза, как правило, составляет 75 мг (1 ампула)	
			Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 25 мг, 50 мг. Капсулы пролонгированного действия 75 мг	Суммарная суточная доза, разделенная на 2–3 приема, не должна превышать 150 мг	
			Таблетки, покрытые оболочкой, пролонгированного действия 100 мг	Рекомендуется 100 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки	
		Нимесулид (M01AX17)	Гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг/2 г в пакетах	Порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения 100 мг в пакетах 2,0 г	100 мг нимесулида 2 раза в сутки после еды. Максимальная продолжительность приема нимесулида не должна превышать 15 суток
				Таблетки 100 мг	
				Таблетки диспергируемые 100 мг	
Лорноксикам (M01AC05)	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 4 мг и 8 мг			Суточная доза составляет 8–16 мг, разделенные на 2–3 приема. Максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг	

		Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 8 мг во флаконах в комплекте с растворителем (вода для инъекций в ампулах 2 мл)	Рекомендовано 8 мг внутривенно или внутримышечно. Максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг
	Кетопрофен (M02AE03)	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения/концентрат для приготовления инфузионного раствора 100 мг/2 мл в ампулах	<p>Максимальная суточная доза не должна превышать 200 мг. Не рекомендуется назначать инъекции более 3 суток. При необходимости лечение продолжается другими лекарственными формами кетопрофена.</p> <p>Внутримышечное введение по одной ампуле (100 мг) 1–2 раза в сутки. Можно комбинировать с кетопрофеном для перорального, ректального или трансдермального применения.</p> <p>Внутривенное введение: инфузия проводится в стационаре, длительность инфузии 0,5–1 час. Инфузию можно проводить не более 2 суток подряд.</p> <p>Кратковременная внутривенная инфузия: 100–200 мг кетопрофена, разведенных в 100 мл 0,9 % раствора натрия хлорида, вводится в течение 0,5–1 часа.</p> <p>Продолжительная внутривенная инфузия: 100–200 мг кетопрофена, разведенных в 500 мл раствора для инфузий (0,9 % раствора натрия хлорида, Рингера лактата, глюкозы) вводится в течение 8 часов. Кетопрофен можно комбинировать с анальгетиками центрального действия. Он может смешиваться в одном флаконе с морфином: 10–20 мг морфина и 100 мг (до 200 мг) кетопрофена разводятся 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида или раствора Рингера лактата.</p> <p>Максимальная суточная доза кетопрофена (независимо от лекарственной формы) составляет 200 мг</p>
		таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг	Рекомендованная доза составляет 100–200 мг в сутки (1–2 таблетки). Таблетки следует принимать внутрь после еды. Максимальная суточная доза составляет 200 мг (2 таблетки)
	Декскетопрофен <sup>4</sup> (M01AE17)	<p>Гранулы для приготовления раствора для приема внутрь 25 мг/пакетик в пакетиках.</p> <p>Порошок для приготовления раствора для внутреннего применения 25 мг в пакетах. Таблетки, покрытые оболочкой, 12,5 мг. Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг</p>	Рекомендуемый режим дозирования – каждые 8 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 75 мг
		<p>Раствор для внутривенного и внутримышечного введения/концентрат для приготовления раствора для инфузий 25 мг/мл в ампулах 2 мл.</p> <p>Раствор для внутривенного и внутримышечного введения/концентрат для приготовления раствора для инфузий 50 мг/2 мл в ампулах 2 мл</p>	Раствор вводится глубоко в мышцу. Рекомендованная доза составляет 50 мг с интервалом введения 8–12 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 150 мг

		Ибупрофен (M01AE01)	Капсулы 200 мг	По 1–2 капсуле 3 раза в сутки. Рекомендовано не более 6 капсул в сутки
			Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг	Назначается 400 мг 1–2 раза в сутки, при необходимости доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки. Не рекомендуется более 1200 мг в сутки
3	Прочие ЛП для лечения геморроя и анальных трещин для наружного применения	Действующее вещество: фенилэфрина гидрохлорид (C05AX)	Суппозитории ректальные 5 мг	Вводится в прямую кишку по одному суппозиторию до 4 раз в сутки (утром, на ночь и после каждой дефекации)
			Мазь ректальная 2,5 мг/г в тубах	Мазь наносится через аппликатор на пораженные участки снаружи или внутри заднего прохода до 4 раз в сутки (утром, на ночь и после дефекации). Доза не должна превышать 2 мг (1 г мази) фенилэфрина гидрохлорида в сутки
		Бензокаин (C05AD03) <sup>5</sup>	Мазь ректальная 200 мг/г в тубах	Мазь наносится через аппликатор на пораженные участки снаружи или внутри заднего прохода до 4 раз в сутки (утром, на ночь и после каждой дефекации)
			Суппозитории ректальные, 206 мг	Вводится в прямую кишку по одному суппозиторию до 4 раз в сутки (утром, на ночь и после каждой дефекации)
		Действующее вещество: гидрокортизона ацетат, цинка сульфат моногидрат (C05AA)	Суппозитории ректальные	Вводится в прямую кишку по одному суппозиторию до 4 раз в сутки (утром, на ночь и после каждой дефекации). Продолжительность лечения составляет до 7 суток
		Действующее вещество: ксероформ, экстракт красавки, цинка сульфат (C05AX03)	Суппозитории ректальные	По 1 суппозиторию вводится в прямую кишку 1–3 раза в сутки после очистительной клизмы. Максимальная суточная доза ЛП – 7 суппозиториев. Длительность курса лечения – 7–10 суток
		Действующее вещество: бензокаин, диосмин, декспантенол (C05AX03)	Суппозитории ректальные	По 1 суппозиторию вводится в прямую кишку 2 раза в сутки после дефекации до исчезновения острых клинических симптомов. После улучшения клинической картины вводится 1 суппозиторий 1 раз в сутки. Длительность курса лечения определяет лечащий врач
		Действующее вещество: буфексамак, висмута субгаллат, титан диоксид, лидокаин гидрохлорид (C05AX02)	Мазь для ректального и наружного применения	Наружное применение: мазь наносится 2 раза в сутки на пораженный участок анального отверстия. Введение в анальное отверстие или кишку, применяется 2 раза в сутки. Длительность лечения не более 7 суток
Действующее вещество: гидрокортизона ацетат, фрамицетина	Мазь для местного применения	Небольшое количество мази наносится на участки локализации зуда или боли и после каждой дефекации		
	Ректальные капсулы	Утром, вечером и после каждой дефекации по 1 капсуле, после улучшения – 1 капсула в сутки, вводится в прямую кишку. Максимальная суточная доза – 3 капсулы в сутки		

		сульфат, гепарин натрия, эскулозид, бензокаин, бутамбен (C05AX03) <sup>6</sup>		
4	Медицинские иммунобиологические ЛП – эубиотик	Действующее вещество: стандартизированная суспензия клеток бактерий E. coli (C05AX)	Суппозитории ректальные: инактивированные микробные клетки E. coli 660 млн. Мазь для ректального и наружного применения: инактивированные микробные клетки E. coli 330 млн.	По 1 суппозиторию вводится в прямую кишку 2 раза в сутки утром и вечером после дефекации. Продолжительность курса лечения составляет 5–7 сутки Мазь наносится тонким слоем на пораженный участок кожи и слизистой оболочки утром и вечером, а также после каждой дефекации. Продолжительность курса лечения составляет 2–3 недели
5	Глюкокортикоид для местного применения + местно анестезирующее ЛП	Действующее вещество: флуокортолон, цинхокаин (C05AX03) <sup>7</sup>	Мазь ректальная 1.863 мг + 5 мг/1 г, туба 10 г Суппозитории ректальные 1.242 мг + 1 мг	Первые сутки смазывается небольшим количеством до 4 раз в сутки, затем до 2 раз в сутки до облегчения симптомов В первый день вводится по 1 суппозиторию 2–3 раза в сутки, затем по 1 суппозиторию 1 раз в сутки
6	Прочие анаболические ЛП	Действующее вещество: метилурацил (A14B)	Суппозитории ректальные 500 мг	По 1 суппозиторию вводится 1–4 раза в сутки в зависимости от тяжести заболевания. Длительность курса лечения составляет от 7 дней до 4 месяцев
7	ЛП, снижающие проницаемость капилляров. Биофлавоноиды	Диосмин (C05CA03) Действующее вещество: очищенная микронизированная флавоноидная фракция (C05CA53)	Таблетки 450 мг Таблетки 600 мг Таблетки 1000 мг	Рекомендуемая доза составляет 2 таблетки в сутки (1 таблетка в середине дня и 1 таблетка вечером во время приема пищи). При острых приступах геморроя: ежедневно по 6 таблеток (3 таблетки утром и 3 таблетки вечером) в течение 4 суток, затем по 4 таблетки (2 таблетки утром и 2 таблетки вечером) в течение 3 суток При обострении геморроя назначается по 2–3 таблетки в сутки во время еды Рекомендуемая доза при остром геморрое – 3 таблетки в сутки (по 1 таблетке утром, днем и вечером) в течение 4 суток, затем по 2 таблетки в сутки (по 1 таблетке утром и вечером) в течение последующих 3 суток. При острых приступах геморроя: ежедневно по 6 таблеток в течение 4 суток, затем по 4 таблетки в течение 3 суток
8	Противомикробные ЛП для лечения заболеваний кожи. Прочие антибиотики для наружного применения	Хлорамфеникол (D06AX02) Линкомицин (D06AX)	Линимент для наружного применения 100 мг/г в тубах и линимент для наружного применения 50 мг/г в тубах Мазь для наружного применения 20 мг/г	Применяется наружно тонким слоем непосредственно на пораженные участки кожи 1–2 раза в сутки до 5–10 суток Наносится тонким слоем на пораженное место 2–3 раза в сутки
9	Противоанемические ЛП <sup>8</sup>	Действующее вещество: железа глюконат дигидрат (B03AA03)	Таблетки 35 мг, покрытые оболочкой	Целиком таблетку не разжевывая запить стаканом обычной или минеральной воды за 0,5–1 час до еды. Принимать 1–2 таблетки 2–3 раза в сутки

		Действующее вещество: железо [III] в виде полимальтозного комплекса железа [III] гидроксида (B03AB05)	Таблетки жевательные 100 мг	По 1–3 жевательные таблетки в сутки
10	Гепарины <sup>9</sup>	Действующее вещество: гепарин натрия, бензокаин, бензилникотинат (C05BA53)	Мазь для наружного применения в тубах	Наносится на бязевую или полотняную прокладку, которая накладывается непосредственно на геморроидальные узлы и фиксируется повязкой. С этой же целью можно использовать тампон, пропитанный гепариновой мазью, который вводится в задний проход. Мазь применяется 2–3 раза в сутки ежедневно до исчезновения воспалительных явлений, но не более 10 суток
11	Антисептик для наружного и местного применения	Действующее вещество: перекись водорода (D08AX01)	Раствор для наружного применения 30 мг/мл (3 %)	Наружно, для промываний участков кожи и слизистых. Длительность лечения устанавливается индивидуально
		Действующее вещество: хлоргексидина биглюконат (D08AC02)	Раствор для наружного (местного применения) 0,5 мг/мл	Наружно, путем промывания, для обработки ран, трещин кожи и слизистых. Длительность лечения устанавливается индивидуально
		Калия перманганат (D08AX06)	Порошок для приготовления раствора для местного применения 5 г	Для промывания инфицированных ран – 0,1–0,5 % раствор ежедневно до полного очищения раны от гнойного отделяемого и появления грануляций; для промывания и спринцевания – 0,01–0,02–0,1 % раствор ежедневно в течение 7–10 суток
		Этанол (D08AX)	Раствор для наружного применения 70 %	Для обеззараживания кожи используется 70 % раствор
12	Антибактериальные ЛП для системного применения	Цефотаксим (J01DD01)	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, 500 мг, 1000 мг	Для внутримышечной инъекции растворяется 0,5 г ЛП в 2 мл (соответственно, 1 г в 4 мл) стерильной воды для инъекций, вводится глубоко в ягодичную мышцу. Для внутривенного введения (в течение 50–60 мин.) растворяется 1 г ЛП в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида. Обычная доза – 1 г через каждые 12 часов. Максимальная суточная доза в зависимости от тяжести заболевания может быть увеличена до 12 г
		Цефтриаксон (J01DD04)	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, 500 мг, 1000 мг	ЛП вводится внутримышечно или внутривенно. Назначается по 1–2 г 1 раз в сутки (каждые 24 ч). Максимальная суточная доза – 4 г
		Метронидазол (J01XD01)	Раствор для инфузий 5 мг/мл 100 мл. Таблетки 250 мг	Внутрь по 750–1500 мг в сутки в 3 приема за 3–4 суток до хирургического вмешательства или однократно внутривенно 1 г в первые сутки после хирургического вмешательства, при возможности перейти на прием внутрь по 750 мг в сутки. Длительность приема составляет до 7 суток. Максимальная суточная доза – 1500 мг
		Левифлоксацин (J01MA12)	Раствор для инфузий 5 мг/мл 100 мл. Таблетки, покрытые оболочкой	Вводится внутривенно капельно медленно 1 либо 2 раза в сутки. Доза зависит от типа и тяжести инфекции и чувствительности предполагаемого возбудителя микроорганизма. Возможен

		250 мг, 500 мг. Капсулы 250 мг	последующий переход на пероральный прием в той же дозе. Доза для пациента с нормальной функцией почек (клиренс креатинина более 50 мл/мин.) при осложненных инфекциях кожи и мягких тканей – 500 мг 1 или 2 раза в сутки (7–14 суток)
	Ципрофлоксацин (J01MA02)	Раствор для инфузий 0,8 мг/мл 250 мл, 2 мг/мл 100 мл. Таблетки покрытые оболочкой 250 мг, 500 мг. Капсулы 250 мг	Вводится внутривенно капельно в течение 30 мин. (доза 200 мг) и 60 мин. (доза 400 мг). Доза ципрофлоксацина зависит от тяжести заболевания, типа инфекции, состояния организма, возраста, веса и функции почек у пациента. Разовая доза составляет 200 мг, при тяжелых инфекциях – 400 мг. Кратность введения – 2 раза в сутки; продолжительность лечения – 1–2 недели, при необходимости возможно увеличение курса лечения. Для медицинской профилактики послеоперационных инфекций – за 30–60 мин. до хирургического вмешательства внутривенно в дозе 400 мг. Внутрь, в зависимости от тяжести заболевания, по 250–750 мг 2 раза в сутки
	Моксифлоксацин (J01MA14)	Раствор для инфузий 1,6 мг/250 мл Таблетки, покрытые оболочкой 400 мг	Применяется внутривенно в дозе 400 мг 1 раз в сутки, вводится медленно, в течение не менее 60 мин. Раствор моксифлоксацина можно вводить напрямую или через Т-образный катетер с совместимыми растворами для инфузий: вода для инъекций; раствор натрия хлорида 9 мг/мл; растворы декстрозы 50 мг/мл, 100 мг/мл и 400 мг/мл; раствор Рингера, раствор Рингера-лактата. Смесь раствора моксифлоксацина с приведенными выше инфузионными растворами остается стабильной в течение 24 часов при комнатной температуре. Если раствор моксифлоксацина назначается вместе с другими ЛП, каждое ЛП применяется отдельно. Раствор нельзя замораживать или охлаждать, его нельзя хранить в холодильнике. При охлаждении может происходить выпадение осадка, который растворяется при комнатной температуре. Продолжительность лечения определяется тяжестью медицинских показаний или клиническим эффектом. На начальных этапах лечения может применяться раствор моксифлоксацина для инфузий, а затем для продолжения терапии при наличии медицинских показаний ЛП может быть назначен в таблетках. ЛП назначается внутрь по 400 мг 1 раз в сутки. Продолжительность лечения определяется тяжестью инфекции и клиническим эффектом и составляет: при осложненных инфекциях кожи и подкожных тканей – общая продолжительность ступенчатой терапии (внутривенное введение с последующим приемом внутрь) составляет 7–21 суток; при осложненных интраабдоминальных инфекциях – общая продолжительность ступенчатой терапии (внутривенное введение ЛП с последующим приемом внутрь) составляет 5–14 суток; при неосложненных воспалительных заболеваниях органов малого таза – 14 суток. Продолжительность лечения внутривенно может достигать 14 суток, внутрь – 21 сутки.
	Амоксициллин/ клавулановая кислота (J01CR02)	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 500 мг/100 мг, 1000 мг/200 мг Таблетки, покрытые оболочкой 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг	Режим дозирования устанавливается индивидуально в зависимости от возраста пациента, тяжести течения и локализации инфекции, чувствительности возбудителя. Назначается 250–500 мг 2–3 раза в сутки или 875 мг 2 раза в сутки. Дозы приведены в пересчете на амоксициллин. Внутрь принимается непосредственно перед едой. Лечение можно начать с парентеральной формы ЛП, следуя указаниям прилагаемой к ней инструкции по медицинскому применению (листу-вкладышу), и продолжить лекарственной формой для приема внутрь

	Имипинем/ Циластатин (J01DH51)	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (инфузии) 250 мг/250 мг, 500 мг/500 мг	<p>Назначается на основании заключения врачебного консилиума.</p> <p>Внутривенно капельно. Лекарственная форма для внутривенного введения не вводится внутримышечно.</p> <p>Средняя терапевтическая доза для взрослых с массой тела большей или равной 70 кг и нормальной функцией почек (КК 70 мл/мин./1.73 м<sup>2</sup> и более) – 1–2 г в сутки (в расчете на имипенем), разделенная на 3–4 введения.</p> <p>Максимальная суточная доза – 4 г или 50 мг/кг, в зависимости от того, какая доза будет меньшей.</p> <p>В зависимости от тяжести инфекции, рекомендуются следующие дозы (расчет доз по имипенему): при легком течении инфекций и неосложненных инфекциях мочевыводящих путей – по 250 мг 4 раза в сутки (общая суточная доза 1 г); при среднетяжелом течении – 500 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки (общая суточная доза 1,5–2 г); при тяжелом течении и осложненных инфекциях мочевыводящих путей – 500 мг 4 раза в сутки (общая суточная доза 2 г); при инфекции, угрожающей жизни пациента – 1000 мг 3–4 раза в сутки (общая суточная доза 3–4 г).</p> <p>Для медицинской профилактики послеоперационных инфекций – 1000 мг во время вводной анестезии и 1000 мг – через 3 часа. В случае хирургического вмешательства с высокой степенью риска развития инфекции (хирургическое вмешательство на толстой и прямой кишке) дополнительно вводится по 500 мг через 8 часов и 16 часов после общей анестезии.</p> <p>При нарушении функции почек доза корректируется в зависимости от клиренса креатинина</p>
	Меропенем (J01DH02)	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (инфузии) 500 мг, 1000 мг	<p>Назначается на основании заключения врачебного консилиума.</p> <p>Внутривенно, внутривенно болюсно в разведении стерильной водой для инъекций 10 мл на 500 мг, 15 мл на 1000 мг в течение не менее 5 мин.</p> <p>Внутривенно инфузионно в течение 15–30 мин., в разведении до 50–200 мл совместимой инфузионной жидкостью.</p> <p>Доза ЛП и длительность терапии устанавливаются в зависимости от тяжести инфекции и состояния пациента. Рекомендуются следующие дозы: при инфекционно-воспалительных заболеваниях органов малого таза, инфекциях кожи и мягких тканей – внутривенно по 500 мг каждые 8 часов; при перитоните, подозрении на бактериальную инфекцию у больных с нейтропенией, септицемии – внутривенно по 1 г 3 раза в сутки.</p> <p>При нарушении функции почек доза корректируется в зависимости от клиренса креатинина</p>
	Азитромицин (J01FA10)	Таблетки 125 мг, 250 мг, 500 мг. Капсулы 250 мг, 500 мг	<p>Принимается внутрь 1 раз в сутки по 500 мг, независимо от приема пищи. При инфекциях кожи и мягких тканей: по 500 мг 1 раз в сутки в течение 3 суток (курсовая доза – 1,5 г)</p>
	Кларитромицин (J01FA09)	Лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий, 500 мг. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг, 500 мг. Таблетки, покрытые оболочкой с модифицированным высвобождением	<p>Обычная доза составляет 500 мг 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в виде внутривенной длительной (в течение 60 мин.) инфузии после разведения ЛП в необходимом инфузионном растворе. Кларитромицин не применяется для болюсного или внутримышечного введения.</p> <p>Лечение продолжается в течение 2–5 суток в зависимости от тяжести состояния пациента, а затем по возможности принимается ЛП для перорального применения.</p> <p>Средняя доза для приема внутрь составляет 250 мг 2 раза в сутки. При необходимости можно назначать по 500 мг 2 раза в сутки. Длительность курса лечения – 6–14 суток.</p> <p>Максимальная длительность курса у пациентов этой группы составляет не более 14 суток. При нарушении функции почек доза корректируется в зависимости от клиренса креатинина</p>



13	ЛП для местной анестезии	Лидокаин (N01BB02)	Раствор для инъекций 10 мг/мл 5 мл, 20 мг/мл 2 мл, 10 мл	Индивидуально, в зависимости от вида анестезии, места введения, размера анестезируемого участка. Однократная доза не должна превышать 4,5 мг/кг, максимальная доза не должна превышать 300 мг
		Новокаин (N01BA02)	Раствор для инъекций: 2,5 мг/мл 2 мл, 100 мл, 250 мл 5 мг/мл, 5 мл, 100 мл 10 мг/мл, 100 мл	Раствор новокаина медленно вводится в ткани для обезболивания, при этом необходимо избегать случайного внутривенного введения. Концентрация, количество и способ введения новокаина применяется в зависимости от медицинских показаний и назначений врача-специалиста. Новокаин используется в самой низкой дозе, которая приводит к эффекту анестезии, чтобы избежать чрезмерно высокой концентрации в плазме, что может привести к побочным эффектам. Для инфильтрационной анестезии применяется 2,5 мг/мл – 5 мг/мл растворы; для анестезии по методу Вишневецкого (тугая ползучая инфильтрация) – 1,25 мг/мл – 2,5 мг/мл растворы. Для уменьшения всасывания и удлинения действия ЛП при местной анестезии к раствору новокаина дополнительно добавляется 0,1 % раствор эpineфрина – по 1 капле на 2–5–10 мл раствора новокаина. Для инфильтрационной анестезии установлены следующие высшие дозы (для взрослых): первая разовая доза в начале хирургического вмешательства – не более 1,25 г 2,5 мг/мл раствора (то есть 500 мл) и 0,75 г 5 мг/мл раствора (то есть 150 мл). При применении инфильтрационной анестезии в области гениталий, рекомендуется не превышать максимальную однократную дозу 200 мг новокаина (80 мл 2,5 мг/мл раствора или 40 мл 5 мг/мл раствора) в течение 2 часов
		Бупивакаин (N01BB01)	Раствор для инъекций 0,5 % 4 мл. Раствор для инъекций 0,5 % 5 мл	Бупивакаин применяется врачами-специалистами, имеющими опыт проведения местной анестезии или под их наблюдением. Важно соблюдать особую осторожность для предотвращения случайных внутрисосудистых инъекций. Рекомендуется проводить аспирационную пробу перед введением общей дозы, а также во время введения общей дозы. Следует использовать минимальную дозу, позволяющую достигнуть адекватной анестезии. Максимальная рекомендованная доза, которая применяется в течение одного и того же случая, рассчитывается по норме 2 мг/кг массы тела. Для взрослых максимальная доза составляет 150 мг в течение 4 часов, то есть 30 мл раствора 5 мг/мл. Максимальная рекомендованная доза в сутки составляет 400 мг. Общую дозу следует корректировать в зависимости от возраста пациента, массы тела и других значимых обстоятельств
14	Анальгетики опиоидные	Тримеперидин (N02AB)	Раствор для внутримышечного и подкожного введения 20 мг/мл 1 мл	Подкожно, внутримышечно или внутривенно вводится 10–40 мг (1 мл 1 % раствора – 2 мл 2 % раствора). В послеоперационном периоде тримеперидин применяется (при отсутствии нарушения дыхания) для снятия болей и как противошоковый ЛП: вводится под кожу в дозе 10–20 мг (0,5–1 мл 2 % раствора). Высшие дозы для взрослых при парентеральном введении: разовая – 40 мг, суточная – 160 мг. В качестве компонента общей анестезии – внутривенно, 0,5–2 мг/кг/ч, суммарная доза во время хирургического вмешательства не должна превышать 2 мг/кг/ч. При постоянной внутривенной инфузии – 10–50 мкг/кг/ч. Эпидурально – 0,1–0,15 мг/кг, предварительно разводится в 2–4 мл 0,9 % раствора натрия хлорида
		Грамадол (N02AX02)	Раствор для инъекций 50 мг/мл 1 мл, 2 мл. Таблетки 50 мг. Капсулы 50 мг	Оптимальный режим дозирования определяет врач-специалист. Следует строго соблюдать соответствие используемой лекарственной формы конкретного ЛП медицинским показаниям к применению и режиму дозирования. Разовая доза при приеме внутрь – 50 мг, ректально – 100 мг, внутривенно медленно или внутримышечно – 50–100 мг. Если при парентеральном введении

				эффективность недостаточна, то через 20–30 мин. возможен прием внутрь в дозе 50 мг. Длительность лечения определяется индивидуально. Максимальная доза: независимо от способа введения – 400 мг в сутки
15	Прочие анальгетики-антипиретики	Метамизол натрия (N02BB02)	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 50 мг/мл 2 мл. Таблетки 500 мг	Применяется внутрь, внутримышечно и внутривенно медленно. Доза, способ и схема применения, длительность применения определяется индивидуально, в зависимости от медицинских показаний, клинической ситуации, лекарственной формы и возраста пациента. При приеме внутрь разовая доза для взрослых составляет 250–500 мг. Максимальная разовая доза – 1000 мг. Кратность приема – 2–3 раза в сутки. Максимальная суточная доза – 2000 мг. При внутримышечном или внутривенном введении разовая доза составляет 500–1000 мг. Максимальная разовая доза – 1000 мг. Суммарная суточная доза – 2000 мг, кратность введения 2–3 раза в сутки. Продолжительность применения – 1–5 суток при назначении в качестве обезболивающего ЛП
16	Слабительные ЛП	Вазелиновое масло (A06AA01)	Масло 30 мл	Внутрь по 15–30 мл (1–2 столовые ложки) 1 раз в сутки, через 2 часа после еды. Курс лечения не более 5 суток
		Касторовое масло (A06AB05)	Масло для внутреннего применения 30 мл	Внутрь по 15–30 мл (1–2 столовые ложки) 1 раз в сутки, длительность приема не более 3 суток или однократно за 2–6 часов до диагностической процедуры
		Пикосульфат натрия (A06AB08)	Капли для приема внутрь 7,5 мг/мл	По 15–30 капель за 30–40 мин до сна. Продолжительность лечения составляет 1 неделю. При необходимости возможны повторные приемы
		Бисакодил (A06AB02)	Таблетки, покрытые пленочной кишечнорастворимой оболочкой, 5 мг	Принимается внутрь вечером перед сном, начиная с 1 таблетки. При отсутствии эффекта однократная доза увеличивается до 2–3 таблеток. При подготовке к хирургическим вмешательствам, инструментальным и рентгенологическим исследованиям назначается по 2 таблетки на ночь за сутки и по 2 таблетки на ночь накануне хирургического вмешательства или исследования
		Магния сульфат (A12CC02)	Порошок для приготовления раствора для приема внутрь 20 г	Как слабительное принимается 20–30 г порошка, растворенного в 100 мл теплой воды, за 3 часа до еды утром. При хронических запорах применяется в виде клизмы 20–30 г порошка, растворенного в 100 мл теплой воды
		Лактулоза (A06AD11)	Сироп 670 мг/мл 150–500 мл	Подбирается индивидуальная дозировка. Начальная доза – 15–45 мл, поддерживающая – 15–30 мл, до завтрака 1 раз в сутки
17	Интерфероны	Интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2b (L03AB05)	Интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2b. Свечи 1 000 000 МЕ, 500 000 МЕ	Применяется ректально, в составе комплексной терапии урогенитальных инфекционно-воспалительных заболеваний, вызванных папилломавирусом человека (HPV) или микст-инфекцией у мужчин и женщин, в том числе беременных во 2–3 триместре. По 1 суппозиторию 500 000 МЕ 2 раза в сутки, курс лечения – 5–10 суток. При герпетической инфекции назначается по 1 суппозиторию 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки, курс лечения 10 суток
		Инозин пранобекс (J05AX05)	Таблетки 500 мг	От 500 мг до 4 г в сутки. Суммарная суточная доза не должна превышать 4 г. Применяется при терапии папилломавирусной инфекции аногенитальной области, остроконечных кондилом, в качестве дополнения к терапии химической, крио- и электрокоагуляционной деструкции

		Имиквимод D06BB10	Крем для наружного применения 0,05 мг/в 1 мг крема, 250 мг	Применяется для лечения внешних генитальных и перианальных бородавок (остроконечных кондилом) у взрослых. Наносится тонким слоем и втирается до полного впитывания 3 раза в неделю перед сном, оставляется на коже на 6–10 часов. Продолжительность лечения – до наступления клинического выздоровления
--	--	----------------------	---	---

<sup>1</sup> Коррекция дозы ЛП проводится в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Необходимо учитывать медицинские противопоказания к назначению ЛП.

<sup>2</sup> Общая продолжительность парентеральной и пероральной терапии не должна превышать 5 дней.

<sup>3</sup> Длительность лечения, в зависимости от симптоматики, составляет до нескольких суток.

<sup>4</sup> Лечение ограничивается периодом существования симптомов.

<sup>5</sup> Длительность курса лечения определяется с учетом особенностей заболевания, переносимости ЛП и достигнутого эффекта.

<sup>6</sup> Длительность применения составляет не более 7 дней.

<sup>7</sup> Длительность лечения, по возможности, не должна превышать 4 недели.

<sup>8</sup> Доза и длительность лечения зависят от степени дефицита железа. Лечение железодефицитной анемии продолжается до нормализации значения гемоглобина, затем еще в течение нескольких недель в дозе, соответствующей дозе для лечения скрытого (латентного) дефицита железа (без анемии).

<sup>9</sup> ЛП, применяемые при варикозном расширении вен. Гепарины или гепариноиды для местного применения.