

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
1 июня 2017 г. № 46

**Об утверждении клинических протоколов диагностики
и лечения пациентов (взрослое население) с острыми
хирургическими заболеваниями**

На основании абзаца седьмого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемые:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острыми гастродуоденальными кровотечениями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с прободной язвой желудка, прободной язвой двенадцатиперстной кишки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым аппендицитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ущемленными грыжами при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым холециститом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях».

2. Настоящее постановление вступает в силу через пятнадцать рабочих дней после его подписания.

Министр

В.А.Малашко

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 46

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с острыми гастродуоденальными кровотечениями при оказании
медицинской помощи в стационарных условиях»**

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острыми гастродуоденальными

кровотечениями при язве желудка (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K25), язве двенадцатиперстной кишки (шифр по МКБ-10 – K26), пептической язве неуточненной локализации (шифр по МКБ-10 – K27).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. В ходе диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями решаются следующие задачи:

- оценка степени тяжести кровотечения;
- распознавание источника кровотечения и остановка кровотечения;
- восполнение кровопотери;
- лечение заболевания, осложнением которого стало кровотечение.

5. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого гастродуоденального кровотечения служат основанием для госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

6. Больничные организации здравоохранения, оказывающие специализированную медицинскую помощь пациентам с острыми гастродуоденальными кровотечениями, должны обеспечить возможность выполнения эндоскопических исследований желудка и двенадцатиперстной кишки, проведения гемотрансфузии, иметь в своей структуре отделение интенсивной терапии и реанимации, а также операционные, оснащенные для выполнения операций на желудочно-кишечном тракте.

7. Все перемещения пациента с острыми гастродуоденальными кровотечениями в пределах больничной организации здравоохранения осуществляются на больничной медицинской каталке в положении лежа.

8. В приемном отделении больничной организации здравоохранения пациенты с острыми гастродуоденальными кровотечениями осматриваются дежурным врачом-хирургом в первоочередном порядке.

9. Средняя длительность лечения в стационарных условиях пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями составляет 21–27 календарных дней при оперативном лечении; 10–14 календарных дней при консервативной терапии.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

10. Обязательные диагностические мероприятия:

10.1. при поступлении в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения:

10.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

10.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ), определение количества тромбоцитов);

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспаргатаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;
время свертывания крови по Ли-Уайту;
общий анализ мочи;
10.1.3. инструментальные:
эзофагогастродуоденоскопия;
электрокардиограмма;
10.1.4. ректальное исследование;
10.1.5. определение объема кровопотери;
10.2. на вторые сутки с момента поступления, а также по медицинским показаниям и при выписке из больничной организации здравоохранения:
общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ, определение количества тромбоцитов);
биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, АсАТ, АлАТ, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);
10.3. динамические (повторные) эзофагогастродуоденоскопии для контроля за эффективностью эндоскопического гемостаза и лечения гастродуоденальных язв (кратность их назначения определяется характером патологии).
11. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):
определение контаминации *Helicobacter pylori* различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки;
определение кислотности желудочного сока;
определение протромбинового индекса, активированного частично тромбопластинового времени, тромбинового времени, фибриногена;
ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек;
обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной и брюшной полости;
рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки;
ирригоскопия;
двухэтапная зондовая или беззондовая контрастная энтерография;
тонкокишечная эндоскопия;
толстокишечная эндоскопия;
консультации смежных специалистов (врача-терапевта, врача-эндокринолога и других).

ГЛАВА 3

ОЦЕНКА ОБЪЕМА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

12. У пациентов с гастродуоденальными кровотечениями для определения объема кровопотери применяется трехстепенная система оценки: легкая, средняя и тяжелая.
Наиболее простым и доступным является метод определения объема кровопотери по формуле Мура:

$$V = P \cdot q \cdot \left(\frac{Ht_1 - Ht_2}{Ht_1} \right),$$

где V – объем кровопотери в миллилитрах;
 P – вес пациента в килограммах;
 q – эмпирическое число, отражающее количество крови в килограмме массы (70 мл для мужчин и 65 мл для женщин);
 Ht_1 – гематокрит в норме (для мужчин 40–50, для женщин 35–45);
 Ht_2 – гематокрит пациента через 12–24 часа с момента начала кровотечения.

13. Степень тяжести кровопотери может быть определена на основе клинико-лабораторных критериев:

1 степень – легкая: объем кровопотери – около 500 мл; дефицит объема циркулирующей крови (далее – ОЦК) составляет менее 15 %; частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – до 100 уд в мин; систолическое артериальное давление (далее – АД) – выше 100 мм рт. ст.; уровень гемоглобина – более 100 г/л, уровень гематокрита более 40 %; количество эритроцитов – более 3,5 млн/мл;

2 степень – средней тяжести: объем кровопотери – до 1000 мл; дефицит ОЦК – 15–25 %; ЧСС – 100–120 уд в мин; систолическое АД – 90–100 мм рт. ст.; гемоглобин – 80–100 г/л, гематокрит – 30–40 %, число эритроцитов – 2–3,5 млн/мл;

3 степень – тяжелая: объем кровопотери – более 1500 мл; дефицит ОЦК – более 25 %; пульс – более 120 уд в мин; систолическое АД – менее 90 мм рт. ст.; гемоглобин – менее 80 г/л, гематокрит – менее 30 %, число эритроцитов – менее 2 млн/мл.

14. В начальном периоде кровотечения при определении объема кровопотери следует учитывать, что показатели уровня гемоглобина и количества эритроцитов могут быть на более высоком уровне вследствие выхода компонентов крови из тканевых депо.

15. Следует учитывать, что в результате компенсаторного спазма артериальной системы и повышения периферического сопротивления в начале массивного кровотечения систолическое артериальное давление может быть в норме или повышаться.

16. Коллаптоидное состояние на высоте кровотечения указывает на тяжелую степень кровопотери.

17. При определении степени тяжести кровотечения следует учитывать результаты комплексной оценки клинических и лабораторных показателей, характеризующих объем кровопотери, данные об ее интенсивности и продолжительности, а также особенности индивидуальной реакции организма пациента на потерю крови.

18. Для определения стадий геморрагического шока в первые 12 часов от начала кровотечения может быть использовано определение индекса Альговера (частное от деления частоты сердечных сокращений на показатель систолического давления). В норме он не превышает 0,5 (60 уд. в мин/120 мм рт. ст.). При 1 стадии (шок угрожаемый) индекс Альговера – 0,5–1,5, при 2–3 стадии (шок манифестированный) – 1,6 и более. При значении индекса равном 1, кровопотеря, как правило, составляет около 20–35 % ОЦК, более 1–30–50 % ОЦК.

Оценка степени тяжести кровопотери может быть проведена и другими методами.

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

19. Эндоскопия пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки занимает ведущее место в диагностике и прогнозировании результатов лечения острых гастродуоденальных кровотечений.

20. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых гастродуоденальных кровотечениях следует считать первоочередным мероприятием. Оно должно выполняться квалифицированным специалистом с круглосуточной организацией работы эндоскопического кабинета (отделения) больничной организации здравоохранения.

21. При кровопотере легкой степени и при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии эндоскопия выполняется в условиях эндоскопического кабинета (отделения).

При кровопотере тяжелой и средней степени тяжести диагностическая и лечебная эндоскопия выполняется в условиях операционной с непосредственным участием в оказании медицинской помощи пациенту врача-анестезиолога-реаниматолога.

Медицинскими противопоказаниями для эндоскопии являются агональное состояние пациента, а также острое нарушение мозгового кровообращения и острый

период инфаркта миокарда. Вместе с тем, по заключению врачебного консилиума по жизненным показаниям с целью остановки кровотечения эндоскопическим способом, лечебная эндоскопия с обязательным участием врача-анестезиолога-реаниматолога может быть выполнена в операционной пациентам с инфарктом миокарда, инсультом и другой тяжелой сопутствующей патологией.

О результатах диагностической и лечебной эндоскопии врач-эндоскопист должен незамедлительно поставить в известность (подтверждается записью в медицинских документах) персонально дежурного врача-хирурга в ночное время, заведующего хирургическим отделением и сотрудника хирургической кафедры клинической организации здравоохранения в дневное время. После повторного экстренного осмотра (подтверждается записью в медицинских документах) они определяют дальнейшую тактику ведения пациента.

22. Для выполнения эндоскопии при острых гастродуоденальных кровотечениях больничная организация здравоохранения должна быть оснащена следующим минимальным набором медицинских изделий:

гастроинтестинальный фибро- или видеоэндоскоп с торцевым расположением оптического окна (возможно со скошенной оптикой 30° и 45°), источник света, эндоскопическая аспирационная помпа;

электрохирургический генератор и различные виды зондов для монополярной и биполярной коагуляции;

инъекционные иглы (одноразового или многократного применения) различной длины, соответствующие диаметру инструментального канала эндоскопа (необходим дистальный колпачок).

23. Методика выполнения диагностической эндоскопии у пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями:

при минимальной инсуффляции аппарат проводится в двенадцатиперстную кишку (наиболее частая локализация источника кровотечения), которая детально осматривается. Оценивается содержимое пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, количество и характер крови, расположение сгустков. Детальный осмотр проводят обычно и в обратном порядке: двенадцатиперстная кишка, желудок, пищевод;

кровотечение из субкардиального отдела желудка должно быть исключено при обязательном инверсионном осмотре свода и субкардии;

в результате исследования врач-эндоскопист должен осмотреть и описать состояние пищевода, всех отделов (кардии, антрального отдела, тела и свода) желудка и двенадцатиперстной кишки;

выявление причины кровотечения в желудке не должно служить основанием для прекращения осмотра двенадцатиперстной кишки, так как не исключаются несколько источников кровотечения.

При необходимости могут быть использованы дополнительные приемы:

изменение положения тела пациента; на животе – осматривается задняя стенка, на спине – передняя стенка, с приподнятым головным концом – кардиальный, субкардиальный отделы и свод желудка;

при помощи шприца через инструментальный канал эндоскопа вводится 30–60 мл воды и прицельно отмывается место предполагаемого источника кровотечения с последующей аспирацией содержимого из просвета органа.

При язве желудка во время первичной или повторной эндоскопии обязательна биопсия из края язвы (3–5 кусочков) с последующим гистологическим исследованием.

24. Эндоскопическое исследование регистрируется протоколом в медицинской карте стационарного пациента и регистрационном журнале эндоскопического кабинета (отделения).

В протоколе эндоскопического исследования:

следует указать дату, время, продолжительность и особенности проведения исследования (в операционной, в эндоскопическом кабинете, в положении пациента на спине, на боку, на животе и другие);

последовательно описать состояние пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (просвет, содержимое, стенка, перистальтика, слизистая, очаг поражения и характер кровотечения), а также анатомо-физиологические сужения – кардия и пилорус;

завершить протокол исследования заключением врача-эндоскописта.

Для язвенных кровотечений описание источника кровотечения (язвы) должно включать следующие характеристики:

уровень (желудок, двенадцатиперстная кишка; при необходимости расстояние от кардии и пилоруса);

локализация (угол желудка, большая или малая кривизна, передняя или задняя стенка и другие);

количество (одиночные или множественные; по возможности указать точное количество);

форма (круглая, овальная, линейная, неправильная и другая);

размер (в сантиметрах): точечные, малые, средние, большие, гигантские;

дно или кратер (покрыто фибрином, вязкой слизью, некротическое, с признаками кровотечения, покрыто сгустком или струпом, сосуд в дне язвы);

край (плоский, высокий, ровный, бугристый, нечеткий, с петехиями, кровоточащий и другие характеристики);

окружающие ткани (слизистая нормальная, гиперемированная, отечная, инфильтрированная, конвергенция складок).

При эндоскопии, кроме описания источника кровотечения, фиксируются следующие данные: наличие крови в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке; ее количество и характер; признаки кровотечения (артериальное кровотечение, пульсация крови из сосуда, подтекание венозной крови, свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд (его диаметр)); гематома вокруг источника кровотечения; имбибиция гемосидерином окружающих тканей и другие.

25. Все острые гастродуоденальные кровотечения следует делить на продолжающиеся и состоявшиеся со стабильным и нестабильным гемостазом.

Основными эндоскопическими признаками продолжающегося кровотечения являются:

струйное кровотечение из дна либо края язвы;

диффузное либо локализованное поступление (подтекание) крови из дна или краев язвы;

кровотечение из-под сгустка, прикрывающего язву;

наличие свежей артериальной или венозной крови в просвете желудка или двенадцатиперстной кишки, накапливающейся, несмотря на аспирацию, без видимого источника кровотечения.

Состоявшимся является любое кровотечение, при котором нет поступления крови в просвет желудка и двенадцатиперстной кишки во время эндоскопического исследования. Оно характеризуется степенью надежности гемостаза (стабильный или нестабильный).

Основными эндоскопическими признаками состоявшегося кровотечения, стабильного гемостаза являются:

отсутствие следов крови в желудке и двенадцатиперстной кишке;

дно язвы покрыто фибрином;

наличие мелких тромбированных сосудов (в виде черных точек) на дне язвы или по краю ее;

дно язвы покрыто солянокислым гематином (черный цвет дна язвы).

Основными эндоскопическими признаками состоявшегося кровотечения, нестабильного гемостаза являются:

контактная кровоточивость краев язвы при наличии в дне тромбированного сосуда и крови со сгустками в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки;

язва с фиксированным сгустком-тромбом различного цвета (от красного до черного) при наличии в желудке «кофейной гущи» или без нее;

язва с тромбированным сосудом на дне либо по ее краю;

через дно язвы просвечивается розовый (красный) артериальный сосуд; наличие в дне язвы рыхлого сгустка крови красного цвета.

26. Наличие любого из клинических или эндоскопических признаков нестабильного гемостаза, а также их сочетание служат основанием для общего заключения о нестабильном гемостазе.

27. Дополнительными факторами риска рецидива кровотечения являются:

размеры язвы: для двенадцатиперстной кишки – более 1 см, желудка – более 2 см;

глубина язвы – более 0,3 см;

язвы с «неблагоприятной локализацией» – расположение язвы в бассейне нахождения крупных сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки (субкардия, верхняя треть желудка, зона малой кривизны, задняя стенка луковицы, в проекции правой и левой желудочных артерий, панкреатодуоденальной артерии).

28. Основной задачей лечебной эндоскопии является окончательная или временная остановка кровотечения. Для этого могут быть использованы следующие основные методы эндоскопического гемостаза: инъекционный, диатермокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, клипирование, местное орошение язвенных дефектов пленкообразующими лекарственными средствами и другие. Для инъекционного эндоскопического гемостаза могут быть использованы: полидоканол, 70° этиловый спирт и другие лекарственные средства.

29. По медицинским показаниям диагностическая и лечебная эндоскопия выполняются под общей анестезией.

ГЛАВА 5

ТАКТИКА ВРАЧА-ХИРУРГА ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

30. Лечение острых гастродуоденальных кровотечений всегда начинается с консервативной терапии (в первую очередь инфузионно-трансфузионной), которая проводится параллельно с обследованием пациента. Инфузионная терапия включает:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие растворы), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипропилкрахмал, желатин, свежемороженая плазма, эритроцитарная масса).

31. Пациенты с тяжелой и средней степенью тяжести кровопотери в первые минуты поступления в больничную организацию здравоохранения в сопровождении врача-хирурга приемного отделения направляются в операционную с немедленным вызовом туда врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-эндоскописта и ответственного дежурного врача-хирурга. Проводится экстренно катетеризация центральной вены и начинается инфузионная терапия. Выполняется экстренная эзофагогастродуоденоскопия с попыткой эндоскопического гемостаза.

32. Пациенты с легкой степенью кровопотери и компенсированным состоянием функций жизненно важных органов и систем в кратчайшие сроки направляются в эндоскопический кабинет (отделение), где им выполняется диагностическая и, по медицинским показаниям, лечебная эндоскопия. Они госпитализируются в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

33. В отделение интенсивной терапии и реанимации по заключению врачебного консилиума из операционной и эндоскопического кабинета переводятся пациенты с остановленным кровотечением, независимо от возраста с наличием субкомпенсации и декомпенсации функций жизненно важных органов и систем.

34. При продолжающемся кровотечении и при неэффективности эндоскопического гемостаза показана экстренная операция.

35. При декомпенсации функций жизненно важных органов и систем в силу тяжелых сопутствующих заболеваний заключением врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-терапевт и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения у крайне тяжелых пациентов с нестабильным гемостазом операция может быть признана непереносимой и лечение может быть продолжено консервативными методами. В состав врачебного консилиума в клинических организациях здравоохранения должен быть включен сотрудник кафедры хирургии. О таких случаях должен быть немедленно информирован главный специалист главного управления, управления (отдела) здравоохранения областного исполнительного комитета или Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета.

36. Медицинским показанием к экстренной операции является также рецидив кровотечения, который возник в отделении больничной организации здравоохранения, независимо от времени начала предыдущего кровотечения. У пациентов с высокой степенью операционного риска по заключению врачебного консилиума может быть выполнен повторный эндоскопический гемостаз и продолжено лечение консервативными методами.

37. Риск рецидива кровотечения из хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов без тяжелых сопутствующих заболеваний с состоявшимся кровотечением, несмотря на выполнение эндоскопического гемостаза, служит основанием для проведения интенсивной терапии в течение суток с последующим оперативным лечением по срочным медицинским показаниям.

38. При состоявшемся кровотечении у пациентов с декомпенсированными формами сопутствующих заболеваний предпочтительно консервативное лечение. Операция у них может быть выполнена по жизненным показаниям.

39. При кровотечениях легкой степени и состоявшемся стабильном гемостазе при отсутствии медицинских показаний для оперативного лечения целесообразно наблюдение в хирургическом отделении больничной организации здравоохранения не менее 6 суток с обязательным эндоскопическим контролем при выписке.

40. Пациенты с состоявшимся кровотечением и стабильным гемостазом при наличии медицинских показаний должны быть оперированы после полной нормализации гомеостаза и детального обследования в плановом порядке через 12–14 календарных дней после поступления в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения. Вопрос о характере оперативного вмешательства у таких пациентов и методах консервативного лечения решается в соответствии с принципами лечения неосложненных хронических пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

ГЛАВА 6

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

41. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30–40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно однократно вводится один из цефалоспориновых антибиотиков III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим).

42. Операция выполняется под общей анестезией, используя, как правило, доступ «срединная лапаротомия».

43. Объем оперативного вмешательства индивидуален и определяется следующими обстоятельствами: характером патологического процесса, функциональным состоянием пациента.

44. При язвах желудка может быть выполнена резекция желудка в различных модификациях: дистальная (по Бильрот-1, Бильрот-2, с выключенной петлей по Ру), пилоросохраняющая, проксимальная, или другой ее вид. При крайне высокой степени

операционного риска может быть выполнено иссечение язвы или прошивание сосуда в язве.

45. При язве двенадцатиперстной кишки радикальными операциями следует считать резекцию желудка (различные ее виды) и ваготомию. Среди различных видов ваготомий предпочтение отдается селективной проксимальной ваготомии с иссечением язвы и дуоденопластикой. Паллиативные операции (иссечение язвы, выведение язвы за пределы просвета двенадцатиперстной кишки, прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы) допустимы только у пациентов с высокой степенью операционного риска и должны быть обоснованы в медицинских документах.

46. При выполнении операций на желудке и двенадцатиперстной кишке целесообразно использовать:

электрокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов;

сшивающие аппараты для наложения линейного шва и анастомоза (предпочтительны металлические сшивающие аппараты второго поколения с одноразовыми кассетами).

ГЛАВА 7

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

47. В послеоперационном периоде пациентам с острыми гастродуоденальными кровотечениями назначается:

47.1. антибактериальная терапия – цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем);

47.2. анальгетики – наркотические, ненаркотические;

47.3. коррекция метаболических нарушений – базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы; сбалансированные полиионные растворы; растворы аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии; по показаниям препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипропилкрахмал, желатин, свежзамороженная плазма, эритроцитарная масса);

47.4. парентеральное питание в течение 2–5 суток после операции;

47.5. зондовое питание: первые 24–48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18–20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы);

47.6. симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям;

47.7. после эндоскопического гемостаза (начинается в первые часы поступления пациента в больничную организацию здравоохранения) и при паллиативных операциях обязательно назначение курсов противоязвенной терапии и эрадикации *Helicobacter pylori*:

при невозможности приема перорально назначают внутривенно ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол) не менее 9 дней;

при возможности приема лекарственных средств перорально назначают антациды (препараты, содержащие гидроксид алюминия и магния);

при возможности приема лекарственных средств внутрь назначают стандартную тройную терапию – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозировке 2 раза в день в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) и амоксициллином (1000 мг 2 раза в день за 30 минут до еды) 7, 10 или 14 дней, либо эта же схема с двойной дозировкой ингибитора протонной помпы (омепразол) – 7 дней (при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда вместо амоксициллина следует использовать метронидазол 500 мг 2 раза в день во время еды), или назначают последовательную терапию – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день плюс амоксициллин 1000 мг 2 раза в день – 5 дней, затем ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) и тинидазолом или метронидазолом (500 мг 2 раза в день) – 5 дней;

47.8. терапия 2-й линии включает в себя квадротерапию на основе лекарственных средств висмута – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с препаратами коллоидного субцитрата висмута (120 мг 4 раза в день за 20–30 минут до еды) и тетрациклином (500 мг 4 раза в день до еды), а также метронидазолом (500 мг 3 раза в день во время еды) – 7, 10 или 14 дней;

47.9. терапия 3-й линии включает в себя тройную терапию с левофлоксацином – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с левофлоксацином (500 мг 2 раза в день) и амоксициллином 1000 мг 2 раза в день – 10 дней.

48. Противоязвенное лечение, начатое в хирургическом отделении больничной организации, должно быть продолжено в амбулаторных условиях под наблюдением врача-гастроэнтеролога.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 46

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с прободной язвой желудка, прободной язвой двенадцатиперстной кишки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с прободной язвой желудка (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K25), прободной язвой двенадцатиперстной кишки (шифр по МКБ-10 – K26).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. Наличие перфоративной гастродуоденальной язвы, в том числе прикрытой, является абсолютным медицинским показанием к операции.

5. Единственным медицинским противопоказанием к оперативному лечению прободной гастродуоденальной язвы является агональное состояние пациента.

6. Средняя длительность лечения в стационарных условиях пациентов с прободными гастродуоденальными язвами составляет 12–14 календарных дней.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

7. Обязательные диагностические мероприятия:

7.1. при поступлении в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения:

7.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

7.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ), определение количества тромбоцитов);

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

общий анализ мочи;

7.1.3. инструментальные – обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов брюшной полости в вертикальном положении пациента или при горизонтальном положении пациента в латеропозиции;

7.1.4. электрокардиограмма;

7.2. в сомнительных случаях:

вести через зонд в желудок не менее 500 мл воздуха и повторить обзорную рентгенографию брюшной полости;

лапароскопия или лапароцентез с проведением йодной пробы (пробы Неймарка);

эзофагогастродуоденоскопия и повторная обзорная рентгенография брюшной полости;

ректальное исследование;

при невозможности выполнить лапароскопию в трудных для диагностики случаях допустима диагностическая лапаротомия;

7.3. через сутки после операции, перед выпиской из больничной организации здравоохранения и по медицинским показаниям:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов, СОЭ, определение количества тромбоцитов);

общий анализ мочи.

8. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

бактериологическое исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

консультации смежных специалистов (врача-терапевта, врача-акушер-гинеколога, врача-эндокринолога и других);

общая термометрия, антропометрия.

ГЛАВА 3 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

9. Перед операцией производится эвакуация желудочного содержимого с помощью зонда без промывания желудка.

10. При тяжелом состоянии пациента врачом-хирургом совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом с целью предоперационной подготовки проводится интенсивная терапия не более 2 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения. По заключению врачебного консилиума длительность предоперационной подготовки может быть увеличена.

11. В предоперационном периоде целесообразна антибиотикопрофилактика: за 30–40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно вводится один из антибиотиков: цефотаксим 1–2 г, цефоперазон 1–4 г, цефтриаксон 1–2 г, цефепим 0,5–2 г.

12. По медицинским показаниям следует провести одним из методов профилактики тромбоэмболии легочной артерии:

препараты низкомолекулярных гепаринов: надропарин – инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3–0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки за 2–4 часа до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

дальтепарин натрия подкожно 2,5 тыс. МЕ за 1–2 часа до операции и затем по 2,5 тыс. МЕ каждый день утром;

гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ за 1–2 часа до операции и далее через 8 часов.

ГЛАВА 4 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

13. Операция выполняется под общей анестезией, используя доступ «срединная лапаротомия».

14. Применяют три основных вида оперативных вмешательств:

ушивание или иссечение перфоративной язвы;

резекция желудка;

ваготомия с дренирующими желудок операциями и без них.

15. При ушивании язвы желудка обязательно выполнение биопсии из краев язвы с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

16. Обязательный элемент операции – тщательная санация и дренирование брюшной полости.

17. При выполнении радикальных операций на желудке и двенадцатиперстной кишке целесообразно использовать:

электрокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов;

сшивающие аппараты для наложения линейного шва и анастомоза (предпочтительны металлические сшивающие аппараты второго поколения с одноразовыми кассетами).

18. По медицинским показаниям выполняется назоинтестинальная интубация кишечника и проведение зонда для раннего энтерального питания.

ГЛАВА 5 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

19. В послеоперационном периоде пациентам с прободной гастродуоденальной язвой назначается:

19.1. антибактериальная терапия – цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом или комбинированные

защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем);

19.2. анальгетики – наркотические, ненаркотические;

19.3. коррекция метаболических нарушений – базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы, аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии, по медицинским показаниям препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипропилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса);

19.4. при атонии желудочно-кишечного тракта: неостигмин; перидуральная анестезия, рефлексотерапия;

19.5. зондовое питание: первые 24–48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18–20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы);

19.6. симптоматическое лечение по медицинским показаниям;

19.7. при паллиативных операциях обязательные курсы противоязвенной терапии и эрадикации *Helicobacter pylori*:

19.7.1. при невозможности приема перорально назначают внутривенно ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол) не менее 9 дней;

19.7.2. при возможности приема лекарственных средств перорально назначают антациды (препараты, содержащие гидроокись алюминия и магния);

19.7.3. при возможности приема лекарственных средств внутрь назначают стандартную тройную терапию – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозировке 2 раза в день в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) и амоксициллином (1000 мг 2 раза в день за 30 минут до еды) 7, 10 или 14 дней, либо эта же схема с двойной дозировкой ингибитора протонной помпы (омепразол) – 7 дней (при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда вместо амоксициллина следует использовать метронидазол 500 мг 2 раза в день во время еды), или назначают последовательную терапию – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день плюс амоксициллин 1000 мг 2 раза в день – 5 дней, затем ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) и тинидазолом или метронидазолом (500 мг 2 раза в день) – 5 дней.

20. Терапия 2-й линии включает в себя квадротерапию на основе лекарственных средств висмута – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с препаратами коллоидного субцитрата висмута (120 мг 4 раза в день за 20–30 минут до еды) и тетрациклином (500 мг 4 раза в день до еды), а также метронидазолом (500 мг 3 раза в день во время еды) – 7, 10 или 14 дней.

21. Терапия 3-й линии включает в себя тройную терапию с левофлоксацином – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с левофлоксацином (500 мг 2 раза в день) и амоксициллином 1000 мг 2 раза в день – 10 дней.

22. Противоязвенное лечение, начатое в хирургическом отделении больничной организации, должно быть продолжено в амбулаторных условиях организаций здравоохранения под наблюдением врача-гастроэнтеролога.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 46

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с острым аппендицитом при оказании медицинской помощи
в стационарных условиях»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острым аппендицитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – К35).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. Пациентам с острым аппендицитом показано экстренное оперативное лечение.

5. Пациентам с аппендикулярным инфильтратом, у которых отсутствуют признаки абсцедирования и перитонита, проводится консервативное лечение, включающее в себя:

антибактериальную терапию (цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем), или другая схема антибактериальной терапии по заключению врачебного консилиума;

инфузионную терапию и физиотерапию по медицинским показаниям.

6. Операция при аппендикулярном инфильтрате выполняется при абсцедировании (желательно внебрюшинно), при перитоните или после рассасывания инфильтрата.

7. Оперативное лечение при установленном диагнозе острого аппендицита выполняется в первые 2 часа с момента поступления пациента в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

8. По заключению врачебного консилиума оперативное вмешательство при установленном диагнозе острого аппендицита может быть задержано для проведения предоперационной подготовки пациента или по другим причинам.

9. При неясном диагнозе выполняется диагностическая лапароскопия или проводится динамическое наблюдение за пациентом, длительность которого не должна превышать 6 часов с момента поступления пациента в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

10. Средняя длительность стационарного лечения составляет 6–7 календарных дней.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

11. Обязательные диагностические мероприятия:

11.1. при поступлении в больничную организацию здравоохранения:

11.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

11.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

общий анализ мочи;

11.1.3. в сомнительных случаях:

лапароскопия;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

рентгенография или рентгеноскопия брюшной и грудной полостей;

ректальное исследование;

вагинальное исследование;

11.2. каждые 2–3 часа с момента поступления при динамическом наблюдении за пациентом для уточнения диагноза, но не более 6 часов с момента госпитализации:

повторное клиническое обследование;

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение СОЭ);

11.3. при выписке из больничной организации здравоохранения и по медицинским показаниям:

общий анализ крови: (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ);

общий анализ мочи.

12. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям):

электрокардиограмма;

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

эзофагогастродуоденоскопия;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

бактериологическое исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

консультации смежных специалистов (врача акушер-гинеколога, врача-терапевта, врача-уролога и других).

ГЛАВА 3 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

13. При отсутствии перитонита, тяжелых сопутствующих заболеваний и при местном перитоните специальной предоперационной подготовки, как правило, не требуется.

14. При распространенном перитоните предоперационная подготовка проводится в зависимости от длительности заболевания и стадии перитонита.

15. При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний проводится предоперационная подготовка, направленная на компенсацию функций жизненно важных органов и систем.

16. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30–40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно однократно вводится один из цефалоспориновых антибиотиков III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим).

17. С целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии по медицинским показаниям перед операцией и в послеоперационном периоде следует назначать антитромботическое средство (гепарин, дальтепарин, надропарин, эноксапарин).

ГЛАВА 4

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

18. Оперативные вмешательства при остром аппендиците выполняются под общей анестезией.

19. Аппендэктомия может выполняться как путем лапаротомии (инвагинационным), так и лапароскопическим (лигатурным или другим) способом.

20. При наличии распространенного перитонита показаны срединная лапаротомия, аппендэктомия, удаление экссудата, туалет и дренирование брюшной полости. Интубация и декомпрессия кишечника выполняется по медицинским показаниям.

21. Наличие плотного аппендикулярного инфильтрата, гнойной полости абсцесса, оставленные в брюшной полости некротизированные ткани, которые не представляется возможным удалить, ненадежный гемостаз являются медицинскими показаниями для постановки тампонов в брюшную полость.

ГЛАВА 5

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

22. В послеоперационном периоде назначаются:

22.1. анальгетики: наркотические; ненаркотические;

22.2. антибактериальная терапия:

22.2.1. при отсутствии перитонита и при местном перитоните – цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим);

22.2.2. при распространенном перитоните:

эмпирическая: цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим), или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам), или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин), или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем), или другая схема антибактериальной терапии по заключению врачебного консилиума;

целенаправленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры, полученной при бактериологическом исследовании во время операции;

по медицинским показаниям – ванкомицин или линезолид, колистин.

Все антибиотики (за исключением карбапенемов) необходимо комбинировать с антианаэробными лекарственными средствами (метронидазол).

Курс антибактериальной терапии при распространенном перитоните дополняется антимикотической терапией (флуконазол).

23. Инфузионная терапия проводится по медицинским показаниям.

24. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 46

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ущемленными грыжами при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с ущемленными грыжами:

двусторонняя паховая грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – К40.0);

двусторонняя паховая грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К40.1);

односторонняя или неуточненная паховая грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К40.3);

односторонняя или неуточненная паховая грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К40.4);

двусторонняя бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К41.0);

двусторонняя бедренная грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К41.1);

односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К41.3);

односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К41.4);

пупочная грыжа с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К42.0);

пупочная грыжа с гангреной (шифр по МКБ-10 – К42.1);

грыжа передней брюшной стенки с непроходимостью без гангрены (шифр по МКБ-10 – К43.0);

грыжа передней брюшной стенки с гангреной (шифр по МКБ-10 – К43.1).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. При ущемленной грыже или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, пациент подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

5. Пациентам с ущемленными грыжами показано экстренное хирургическое вмешательство вне зависимости от сроков и локализации ущемления.

6. Насильственное вправление грыжи при ее ущемлении недопустимо.

7. Применение обезболивающих лекарственных средств, ванн, тепла или холода у пациентов с ущемленными грыжами противопоказано.

8. Задержка с операцией более 2 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения при установленном диагнозе недопустима.

9. При общем тяжелом состоянии пациентов по заключению врачебного консилиума операция может быть задержана не более чем на 2–3 часа для проведения кратковременной предоперационной подготовки.

10. При невозможности исключить ущемленную грыжу вопрос должен решаться в пользу операции.

11. По медицинским показаниям следует провести одним из методов профилактики тромбоэмболии легочной артерии:

препараты низкомолекулярных гепаринов: надропарин – инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3–0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

дальтепарин натрий подкожно 2,5 тыс. МЕ за 1–2 часа до операции и затем по 2,5 тыс. МЕ каждый день утром;

гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ до операции и далее через 8 часов.

12. Средняя длительность стационарного лечения пациентов с ущемленными грыжами составляет 10–14 календарных дней.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ

13. Обязательные диагностические мероприятия:

13.1. при поступлении в больничную организацию здравоохранения:

13.1.1. клинические:

жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

обязательны осмотр, пальпация и перкуссия грыжевого выпячивания;

13.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ), определение количества тромбоцитов);

общий анализ мочи;

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

13.1.3. электрокардиограмма;

13.2. через 2–3 дня после операции и перед выпиской пациента из больничной организации здравоохранения:

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

общий анализ мочи.

14. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости и грудной клетки;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

лапароскопия;

консультации смежных специалистов: врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-уролога и других.

ГЛАВА 3

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ

15. Оперативное вмешательство при ущемленных грыжах выполняется под общей анестезией. Допустима местная инфильтрационная анестезия.

16. Выбор операционного доступа осуществляется с учетом локализации грыжи.

17. Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка и удержания грыжевого содержимого недопустимо.

18. При сомнении в жизнеспособности тонкой кишки или при наличии явных признаков нежизнеспособности выполняется ее резекция в пределах безусловно здоровых тканей, но не менее 40 см приводящей и не менее 20 см отводящей петли. Накладывается межкишечный анастомоз методом «бок в бок» или «конец в конец». Если уровень анастомоза приходится на дистальный отдел подвздошной кишки, длина которого менее 15–20 см, следует накладывать тонкотолстокишечный анастомоз.

19. При тяжелых формах острой кишечной непроходимости и перитоните после резекции нежизнеспособной кишки может быть выведена проксимальная энтеростома или колостома. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта при отсутствии медицинских противопоказаний выполняется не позднее 2–3 месяцев после данной операции.

20. При самопроизвольном вправлении во время операции ущемленного органа его следует обязательно извлечь для осмотра и оценки кровоснабжения. Если это не удастся, показаны рассечение раны (герниолапаротомия) или срединная лапаротомия.

21. Закрытие грыжевых ворот выполняется в зависимости от вида грыжи. Первичная пластика не производится при флегмоне грыжевого мешка.

22. Алгоритм действий врача-хирурга при флегмоне грыжевого мешка:

22.1. 1-й этап операции:

срединная лапаротомия;

резекция некротизированной петли со стороны живота без рассечения ущемляющего кольца;

межкишечный анастомоз «бок в бок» или «конец в конец» для восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта;

концы петли кишки, подлежащей удалению, ушивают наглухо;

ушивание брюшной полости;

22.2. 2-й этап операции:

вскрытие грыжевого мешка;

рассечение ущемляющего кольца и удаление отключенной некротизированной части кишки;

иссечение некротически измененных мягких тканей;

ушивание брюшины (пластика брюшной стенки не производится);

санация и дренирование раны.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

23. В послеоперационном периоде назначаются анальгетики: наркотические – по медицинским показаниям, ненаркотические.

24. При наличии флегмоны грыжевого мешка и других гнойно-воспалительных заболеваниях назначается антибиотикотерапия – цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем).

25. Инфузионная терапия проводится по медицинским показаниям.

26. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 46

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с острой кишечной непроходимостью при оказании
медицинской помощи в стационарных условиях»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью (кишечные сращения (спайки) с непроходимостью (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K56.5); другой неуточненной кишечной непроходимостью (шифр по МКБ-10 – K56.6)).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. При клинической картине странгуляционной непроходимости выполняется экстренное оперативное вмешательство. При необходимости проводится предоперационная подготовка, длительность которой не должна превышать 2 часов с момента госпитализации пациента в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения. Если требуется больше времени на подготовку пациентов, врачебный консилиум должен обосновать задержку операции.

5. Динамическая кишечная непроходимость лечится консервативно. При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии может быть выполнена операция, включающая в себя и декомпрессию кишечника.

6. Механическая кишечная непроходимость требует дифференцированного подхода: экстренные операции выполняются в первые 2–3 часа поступления в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения при наличии клиники перитонита; выраженном болевом синдроме при наличии клинической картины и данных инструментальных исследований, подтверждающих наличие острой кишечной непроходимости;

срочные операции выполняются при нарастании клинических признаков острой кишечной непроходимости, отсутствии эффекта от комплекса консервативных мероприятий, а также при отсутствии продвижения сульфата бария по кишечнику при рентгенологическом контроле прохождения контраста по желудку, тонкой и толстой кишке во время исследования кишечника в динамике. Длительность динамического наблюдения в таких случаях не должна превышать 8 часов с момента госпитализации в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения. Если требуется больше времени для уточнения диагноза, задержка с операцией должна быть обоснована врачебным консилиумом;

плановые операции после получения эффекта от консервативной терапии опухолевой толстокишечной непроходимости выполняются в специализированном отделении больничной организации здравоохранения не позже, чем через 1 неделю после морфологически подтвержденного в хирургическом отделении диагноза рака толстой кишки.

7. При не устраненной механической кишечной непроходимости назначение лекарственных средств, стимулирующих работу кишечника, противопоказано.

8. Средняя длительность стационарного лечения: 14–18 календарных дней.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

9. Обязательные диагностические мероприятия:

9.1. при поступлении в больничную организацию здравоохранения:

9.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

9.1.2. ректальное исследование;

9.1.3. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ);

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

определение группы крови по системам АВ0 и резус;

общий анализ мочи;

9.1.4. инструментальные:

электрокардиограмма;

обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов грудной полости;

обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов брюшной полости в вертикальном положении пациента или при горизонтальном положении пациента в латеропозиции;

рентгенологический контроль прохождения взвеси сульфата бария по желудку, тонкой и толстой кишке (кроме странгуляционной и толстокишечной непроходимости);

толстокишечная эндоскопия или ирригоскопия при подозрении на толстокишечную непроходимость;

9.2. при выписке из больничной организации здравоохранения и по медицинским показаниям:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ);

общий анализ мочи.

10. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

лапароскопия;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

бактериологическое исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

двухэтапная зондовая или беззондовая контрастная энтерография;

тонкокишечная эндоскопия;

консультации смежных специалистов (врача-терапевта, врача-акушер-гинеколога, врача-уролога, врача-эндокринолога и других).

ГЛАВА 3 КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

11. Консервативная терапия показана при динамической и механической кишечной непроходимости при отсутствии медицинских показаний к экстренной операции и включает:

11.1. восполнение дефицита жидкости, коррекцию нарушений реологических свойств крови, энергодефицита:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям: аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии; препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипропилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса);

11.2. эвакуацию содержимого желудка через зонд;

11.3. блокады с местными анестетиками;

11.4. введение спазмолитических лекарственных средств (папаверина гидрохлорида, дротаверина);

11.5. сифонную клизму (при отсутствии перитонита).

ГЛАВА 4 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

12. Предоперационная подготовка проводится всем пациентам с острой кишечной непроходимостью. Она зависит от типа и уровня непроходимости, выраженности водно-электролитных расстройств, характера и тяжести сопутствующих заболеваний. Объем, характер и длительность предоперационной подготовки решаются индивидуально для каждого пациента совместно врачом-хирургом и врачом-анестезиологом-реаниматологом.

13. С целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии по медицинским показаниям перед операцией и в послеоперационном периоде следует назначить антитромботическое средство (гепарин, дальтепарин, надропарин, эноксапарин).

14. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30–40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно однократно вводится один из цефалоспориновых антибиотиков III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим).

15. Оперативные вмешательства при острой кишечной непроходимости выполняются под общей анестезией.

16. Предпочтение отдается срединной лапаротомии.

17. Объем операции зависит от причины острой кишечной непроходимости и морфологических изменений в кишке.

18. Декомпрессия кишки при наличии медицинских показаний выполняется одним из способов: назоинтестинальная интубация, интубация тонкой кишки через гастростому, еюностому и цекостому, трансанальная интубация толстой кишки. Назоинтестинальная интубация предпочтительна.

19. При некрозе тонкой кишки или при сомнении в ее жизнеспособности производят ее резекцию в пределах жизнеспособных тканей, отступая от зоны некроза в приводящем отделе не менее чем на 30–40 см, в отводящем – не менее чем на 15–20 см. Завершают операцию формированием анастомоза по типу «бок в бок» или «конец в конец». При формировании межкишечного анастомоза целесообразно использовать стальные сшивающие аппараты 2-го поколения с одноразовыми кассетами. Если уровень

анастомоза приходится на дистальный отдел подвздошной кишки, длина которого менее 20 см, следует накладывать тонко-толстокишечный анастомоз.

20. При тяжелых формах острой кишечной непроходимости и перитоните после резекции нежизнеспособной кишки может быть выведена проксимальная колостома или энтеростома. Восстановление непрерывности кишки при отсутствии медицинских противопоказаний выполняется не позже 2–3 месяцев после данной операции.

21. При опухолевой толстокишечной непроходимости выбор метода операции зависит от стадии заболевания, локализации опухоли и тяжести состояния пациента.

22. Операции при острой кишечной непроходимости могут быть выполнены с использованием эндовидеохирургических технологий.

23. При выполнении оперативных вмешательств целесообразно использовать электрокоагуляцию (предпочтительны микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов для открытых и эндохирургических операций), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов.

ГЛАВА 5 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

24. В послеоперационном периоде назначают:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям: аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии; препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроцеллоза, желатин, свежемороженая плазма, эритроцитарная масса);

анальгетики: наркотические, ненаркотические;

антибактериальная терапия:

цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем);

целенаправленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры, полученной при бактериологическом исследовании во время операции;

по медицинским показаниям – ванкомицин или линезолид, колистин;

при атонии желудочно-кишечного тракта назначается: неостигмин, перидуральная анестезия;

зондовое питание: в первые 24–48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лекарственного средства в течение 18–20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы);

детоксикационная и симптоматическая терапия – по медицинским показаниям.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 46

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с острым холециститом при оказании медицинской
помощи в стационарных условиях»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острым холециститом (камни желчного пузыря с острым холециститом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K80.0); острый холецистит – шифр по МКБ-10 – K81.0)).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. К категории пациентов с острым холециститом следует относить всех пациентов с острыми воспалительными, гнойными и (или) некротическими изменениями стенки желчного пузыря, которые развились как впервые, так и на фоне хронического процесса.

5. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого холецистита служит основанием для госпитализации в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

6. Средняя длительность стационарного лечения пациентов составляет 10–14 календарных дней после оперативного лечения методом лапаротомии; 3–6 календарных дней после лапароскопической операции.

ГЛАВА 2
ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

7. Обязательные диагностические мероприятия:

7.1. при поступлении в больничную организацию здравоохранения:

7.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

7.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

- общий анализ мочи;
- определение уровня амилазы в моче;
- 7.1.3. инструментальные: электрокардиограмма;
- 7.1.4. в сомнительных случаях выполняется диагностическая лапароскопия;
- 7.2. в первые 12 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения:
 - ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) печени, желчного пузыря, желчевыводящих протоков, поджелудочной железы и почек;
 - эзофагогастродуоденоскопия с осмотром Фатерова соска (большого дуоденального сосочка);
- 7.3. в первые 24–48 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения (затем – по медицинским показаниям): динамическое (повторное) УЗИ желчного пузыря, желчевыводящих протоков и поджелудочной железы;
- 7.4. при выписке из больничной организации здравоохранения и по медицинским показаниям:
 - общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ);
 - биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, АсАТ, АлАТ, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);
 - общий анализ мочи.
- 8. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):
 - коагулограмма: определение протромбинового индекса, активированного частичного тромбопластинового времени, тромбинового времени, фибриногена;
 - обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости;
 - ретроградная холангиопанкреатография;
 - ирригоскопия;
 - толстокишечная эндоскопия;
 - исследование крови на маркеры вирусного гепатита;
 - консультации смежных специалистов (врача-терапевта, врача-акушер-гинеколога, врача-эндокринолога и других).

ГЛАВА 3

ТАКТИКА ВРАЧА-ХИРУРГА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

- 9. В первые часы с момента поступления в больничную организацию здравоохранения следует выделять две группы пациентов: 1-я группа – нуждающиеся в экстренной операции и 2-я группа – подлежащие консервативному лечению.
- 10. У пациентов 1-й группы (неотложный острый холецистит):
 - оперативные вмешательства выполняются в первые 2 часа с момента поступления в больничную организацию здравоохранения после предоперационной подготовки. По заключению врачебного консилиума длительность предоперационной подготовки может быть увеличена;
 - медицинские показания к операции – распространенный перитонит, прободение, гангрена желчного пузыря и другие;
 - операционная программа: ликвидация источника перитонита (как правило, холецистэктомия), декомпрессия желчевыводящих протоков при наличии желчной гипертензии, санация и дренирование брюшной полости. При непроходимости желчевыводящих протоков и выраженных воспалительных изменениях в зоне гепатодуоденальной связки, а также при тяжелом состоянии пациентов операция может быть выполнена в минимальном объеме по жизненным показаниям (наружное дренирование желчных протоков выше уровня их непроходимости, санация и дренирование брюшной полости).
- 11. Пациентам 2-й группы проводится комплекс консервативных методов лечения:
 - блокады (по медицинским показаниям) с местными анестетиками (параумбиликальная, паранефральная);

введение спазмолитических лекарственных средств – папаверина гидрохлорида или дротаверина;

введение ненаркотических анальгетиков;

введение антибиотиков: цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим);

инфузионная терапия: базисные инфузионные растворы солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы.

12. В зависимости от эффективности консервативного лечения, сроки которого не должны превышать 48–72 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения, следует выделить пациентов с прогрессирующим и регрессирующим острым холециститом.

13. Алгоритм хирургического лечения пациентов с прогрессирующим острым холециститом (клинические, лабораторные и ультразвуковые критерии указывают на отсутствие эффекта от консервативного лечения):

при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и других факторов, увеличивающих риск операции и наркоза, оперативное вмешательство выполняется, как правило, в полном объеме. Оптимальными сроками операции являются первые 24–48 часов с момента заболевания, когда процесс не приобрел распространенного характера. В эти сроки, при отсутствии медицинских противопоказаний, может быть выполнена лапароскопическая холецистэктомия;

при наличии у пациента факторов риска может быть выполнено декомпрессионное дренирование желчного пузыря под контролем лапароскопа или ультрасонографии. Радикальная операция после лапароскопической или ультразвуковой холецистостомии выполняется при отсутствии медицинских противопоказаний в «холодном» периоде через 2–3 недели. По медицинским показаниям может быть выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. При максимальной степени операционного риска декомпрессионное дренирование желчного пузыря может быть окончательным методом лечения данной патологии;

по заключению врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-терапевт и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения и сотрудника кафедры хирургии в клинической организации здравоохранения:

лечение продолжается консервативными методами (врачебный консилиум обязательно определяет длительность, характер и объем консервативной терапии);

выполняется операция по жизненным показаниям.

14. Алгоритм хирургического лечения пациентов с регрессирующим острым холециститом (после применения комплекса консервативных лечебных мероприятий получен положительный результат):

при неосложненном регрессирующем острым холецистите при отсутствии медицинских противопоказаний операция выполняется лапароскопическим или традиционным (открытым) способом;

оперативные вмешательства при осложненном регрессирующем острым холецистите выполняются методом лапаротомии или двухэтапно (лапароскопическая холецистэктомия после восстановления беспрепятственного транзита желчи по магистральным желчным протокам с помощью эндоскопических технологий).

ГЛАВА 4

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

15. Операции при острым холецистите проводятся в дневное время (за исключением пациентов с неотложным острым холециститом), при условии обеспечения холангиографии на операционном столе и при участии врача-хирурга, владеющего навыками выполнения данного вида операций.

16. С целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии по медицинским показаниям перед операцией и в послеоперационном периоде следует назначить антитромботическое лекарственное средство (гепарин, дальтепарин, надропарин, эноксапарин).

17. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30–40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно однократно вводится один из цефалоспориновых антибиотиков III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим).

18. Оперативные вмешательства выполняются под общей анестезией, как правило, из верхнего срединного доступа. По медицинским показаниям могут быть использованы доступы по Федорову и по Кохеру.

19. Операцией выбора является холецистэктомия «от шейки». При технических трудностях холецистэктомия может быть выполнена «от дна».

20. При оперативном лечении традиционным (открытым) способом обязательна ревизия желчных протоков (осмотр, пальпация, а также по медицинским показаниям зондирование, интраоперационная холангиография, холангиоскопия, внутрибрюшное УЗИ или другие методы). При лапароскопической холецистэктомии интраоперационная холангиография выполняется по медицинским показаниям.

21. Наружное и внутреннее дренирование желчных путей проводится по медицинским показаниям (операции наружного дренирования желчных путей и различные виды билиодигестивных анастомозов не являются конкурирующими).

22. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии целесообразно во всех случаях. По медицинским показаниям допустима установка тампонов в ложе желчного пузыря.

23. При выполнении оперативных вмешательств целесообразно использовать электрокоагуляцию (предпочтительны микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов для открытых и эндохирургических операций), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов.

ГЛАВА 5 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

24. В послеоперационном периоде назначаются:

24.1. антибактериальная терапия: цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/ сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем);

24.2. анальгетики: наркотические, ненаркотические;

24.3. коррекция метаболических нарушений:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям: аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии, препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроцеллоза, желатин, свежемороженая плазма, эритроцитарная масса).

25. Симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 46

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с острым панкреатитом при оказании медицинской
помощи в стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K85).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. К категории пациентов с острым панкреатитом следует относить всех пациентов с острыми воспалительными, гнойными, некротическими изменениями в поджелудочной железе и (или) в перипанкреатической клетчатке, которые развились как впервые, так и на фоне хронического процесса в поджелудочной железе.

5. В соответствии с классификацией острого панкреатита следует выделять:

5.1. острый панкреатит:

легкий;

тяжелый;

5.2. острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке) – острый интерстициальный панкреатит;

5.3. панкреонекроз (острый некротизирующий панкреатит, острый некротический панкреатит):

стерильный;

инфицированный;

5.4. панкреатическая ложная киста;

5.5. панкреатический абсцесс.

6. Следует выделять три фазы течения острого некротизирующего панкреатита, каждой из которых соответствует определенная клиническая форма заболевания:

I фаза – ферментативная (как правило первые 5 суток от начала заболевания) – происходит формирование некроза поджелудочной железы различной протяженности. Максимальный срок формирования некротических участков в поджелудочной железе составляет в среднем трое суток без последующего его прогрессирования. При тяжелом течении острого панкреатита период формирования очагов некроза может сократиться до 24–36 часов.

В эту фазу заболевания следует выделять две клинические формы: тяжелый и легкий (нетяжелый, отечный) острый панкреатит;

II фаза – реактивная (в среднем до 2 недель от начала заболевания). Клиническая форма данной фазы – парапанкреатический инфильтрат;

III фаза – расплавления и секвестрации (начинается, как правило, с 3-й недели заболевания и может длиться несколько месяцев).

Возможны два варианта течения и исхода этой фазы:

асептическое расплавление и секвестрация (возможно образование кист и свищей);

септическое расплавление и секвестрация (развитие гнойных осложнений).

7. Пациентов с диагнозом «Тяжелый острый панкреатит» по возможности следует госпитализировать в многопрофильные больничные организации здравоохранения.

Одной из главных задач врача-хирурга при поступлении пациента в больничную организацию здравоохранения является ранняя диагностика тяжелого острого панкреатита (острого некротического панкреатита), результат лечения которого во многом зависит от сроков и полноты проводимых лечебных мероприятий.

8. При оценке степени тяжести пациентов при поступлении в больничную организацию здравоохранения следует использовать определение признаков тяжелого панкреатита:

8.1. клинические:

перитонеальные симптомы;

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

олигоурия (менее 250 мл за последние 12 часов);

энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);

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

8.2. общий анализ крови:

уровень гемоглобина выше 150 г/л;

количество лейкоцитов более 14×10^9 /л;

8.3. биохимическое исследование крови:

уровень декстрозы выше 10 ммоль/л;

концентрация мочевины выше 10 ммоль/л;

Наличие хотя бы двух признаков из разных категорий позволяет диагностировать тяжелый острый панкреатит.

9. Пациенты с тяжелым острым панкреатитом должны госпитализироваться в отделения интенсивной терапии и реанимации, с острым панкреатитом легкой степени – в хирургические отделения.

10. Пациенты с острым панкреатитом, развившемся в результате вклинивания камня в большой дуоденальный сосочек, нуждаются в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. Оптимальным методом лечения таких пациентов является эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

11. Средняя длительность стационарного лечения: острый панкреатит легкой степени (отечная форма) не оперированный 5–7 календарных дней; острый некротизирующий панкреатит – продолжительность лечения индивидуальна в зависимости от характера течения болезни и наличия осложнений.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

12. Обязательные диагностические мероприятия:

12.1. экстренные (в течение 2 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения (у пациентов с легким и тяжелым острым панкреатитом)):

12.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет ЧСС, определение уровня АД;

12.1.2. лабораторные:

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

- определение групп крови по системам АВ0 и резус;
- биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);
- определение уровня глюкозы в крови;
- общий анализ мочи;
- определение концентрации альфа-амилазы в моче;
- 12.1.3. инструментальные:
 - электрокардиограмма;
 - обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости;
 - обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки;
 - ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости;
- 12.1.4. оценка степени тяжести пациентов с использованием шкал АРАСНЕ II, Ranson, Glasgow, MOF, SAPS или других;
- 12.2. срочные диагностические мероприятия (в первые 24–48 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения), как правило, у пациентов с тяжелым (острым некротизирующим) панкреатитом:
 - лапароскопия (видеолапароскопия) – после УЗИ индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных исследований;
 - пункция плевральной полости – после рентгеноскопии или рентгенографии грудной клетки и УЗИ плевральных полостей индивидуально в соответствии с результатами;
 - при пункции плевральной полости или лапароскопии необходимо выполнить следующие исследования экссудата: бактериологическое исследование и антибиотикограмма, концентрация альфа-амилазы в экссудате, цитологическое исследование экссудата на атипичные клетки;
 - исследование плазменного (коагуляционного) гемостаза (время свертывания крови по Ли-Уайту, определение активированного частично тромбопластинового времени (далее – АЧТВ), определение протромбинового индекса (далее – ПТИ), концентрация фибриногена в плазме и другие показатели);
 - эзофагогастродуоденоскопия;
- 12.3. диагностические мероприятия, выполняемые в течение 72 часов с момента госпитализации пациента в больничную организацию здравоохранения: компьютерная томография (далее – КТ) или магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) брюшной полости (при тяжелом (остром некротизирующем) панкреатите, подозрении на псевдокисту или абсцесс поджелудочной железы);
- 12.4. обследование в динамике проводимого лечения (кратность определяется характером патологии и течением заболевания):
 - динамическое УЗИ органов брюшной полости;
 - повторная КТ или МРТ брюшной полости;
 - рентгеноскопия или рентгенография грудной клетки;
- 12.5. диагностические мероприятия, выполняемые на 2, 3, 7, 14-е сутки с момента поступления, по медицинским показаниям и при выписке из больничной организации здравоохранения:
 - общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ, определение количества тромбоцитов);
 - биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, АсАТ, АлАТ, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);
- 12.6. диагностические мероприятия, выполняемые ежедневно в течение первых 5 суток, затем на 7-е, 14-е сутки с момента госпитализации, по медицинским показаниям и при выписке из больничной организации здравоохранения:
 - определение альфа-амилазы крови;
 - определение концентрации альфа-амилазы в моче;

12.7. диагностические мероприятия, выполняемые на 7-е, 14-е сутки с момента поступления, по медицинским показаниям и перед выпиской из хирургического отделения больничной организации здравоохранения: исследование плазменного (коагуляционного) гемостаза (время свертывания крови (по Ли-Уайту), АЧТВ, тромбиновое время, ПТИ, концентрация фибриногена в плазме крови).

13. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

биохимическое исследование крови (прокальцитонин, С-реактивный белок, липаза крови);

бактериологическое исследование крови;

показатели иммунной системы крови (Т- и В-лимфоциты, иммуноглобулины класса А, М, G, циркулирующие иммунные комплексы интерлейкины) и другие дополнительные методы обследования.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГКОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОТЕЧНАЯ ФОРМА)

14. Программа консервативной терапии пациентов с легким острым панкреатитом:

14.1. базисная терапия:

голод (не менее 2–4 суток) с постепенным переходом на режимы лечебного питания; зондирование желудка и эвакуация желудочного содержимого (по медицинским показаниям);

анальгетики: ненаркотические, наркотические при выраженном болевом синдроме;

введение одного из спазмолитических лекарственных средств: папаверина гидрохлорида, дротаверина;

инфузионная терапия в объеме до 40 мл на 1 кг массы тела пациента. Используют солевые растворы (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы. Объем инфузионной терапии может меняться в зависимости от клинической ситуации;

14.2. лечение легкого панкреатита может быть дополнено индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования:

при рвоте – метоклопрамид внутримышечно или внутривенно по 10 мг 3–4 раза в сутки;

ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол);

антациды (лекарственные средства, содержащие гидроокись алюминия и магния);

антиферментные лекарственные средства: овомин, апротинин;

цефалоспориновый антибиотик III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим).

15. Продолжительность базисной терапии при легком остром панкреатите составляет 3–7 суток.

16. Основные критерии эффективности лечения легкого острого панкреатита: купирование болевого синдрома, отсутствие изменений показателей крови, свидетельствующих о наличии активного воспалительного процесса, нормализация температуры тела.

17. При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6–8 часов при исключении других острых хирургических заболеваний следует констатировать тяжелый панкреатит, перевести пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии, где продолжить терапию по протоколу лечения тяжелого острого панкреатита.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЕ

18. Интенсивная консервативная терапия должна быть начата сразу же после установления диагноза панкреатита тяжелой степени (в течение 2 часов с момента госпитализации в больничную организацию здравоохранения).

19. Оперативное лечение в данной фазе заболевания показано при развитии гнойных осложнений или при осложнениях, которые невозможно устранить эндоскопическим способом (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и другие).

20. Программа консервативной терапии пациентов с тяжелым некротизирующим панкреатитом в ферментативную фазу включает в себя:

20.1. синтетический аналог соматостатина с целью подавления экзокринной функции поджелудочной железы и уменьшения ее отека (октреотид) не менее 5 дней;

20.2. коррекцию метаболических нарушений:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям назначают аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии, препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроксиэтилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса).

Общий объем инфузионных сред должен составлять не менее 40 мл на 1 кг массы тела. Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов 1:4;

20.3. антибактериальную терапию:

эмпирическая: карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем); цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим); комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам); фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин); ванкомицин или линезолид; колистин;

целенаправленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры.

Все антибактериальные лекарственные средства (за исключением карбапенемов) необходимо комбинировать с антианаэробными лекарственными средствами (метронидазол).

Курс антибиотикотерапии по медицинским показаниям дополняется антимикотической терапией (флуконазол);

20.4. антигипоксанты – мексидол;

20.5. пентоксифиллин внутривенно;

20.6. для профилактики тромбоэмболии легочной артерии и при отсутствии медицинских противопоказаний назначают одно из лекарственных средств: надропарин, дальтепарин, гепарин;

20.7. антиферментные лекарственные средства индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования: овомин, апротинин;

20.8. проводится профилактика транслокации кишечной микрофлоры (энтеросорбция и другие методы);

20.9. используется раннее энтеральное питание через зонд, установленный в начальный отдел тонкой кишки во время операции или при эндоскопии.

Следует строго соблюдать методику зондового питания: сразу после установки зонда на 15–20 см ниже дуодено-еюнального перехода (связки Трейца) эндоскопическим способом или в первые 24–48 часов после операции (при отсутствии застоя в желудке и кишечнике) в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18–20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы);

20.10. при атонии желудочно-кишечного тракта назначают неостигмин, перидуральную анестезию, рефлексотерапию;

20.11. проводится профилактика эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта:

при невозможности приема перорально назначают внутривенно ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол);

при возможности приема лекарственных средств энтерально назначают ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол), антациды (лекарственные средства, содержащие гидроокись алюминия и магния);

20.12. после иммунодиагностики назначают иммунокоррекцию, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей;

20.13. при поражении органов-мишеней (респираторный дистресс-синдром, острая почечная, печеночная или сердечно-сосудистая недостаточность и другие) – посиндромная терапия.

21. Экстракорпоральные методы детоксикации назначают индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

22. Пациентам с тяжелым течением острого некротизирующего панкреатита по медицинским показаниям применяется продленная регионарная артериальная инфузия длительностью 3–5 суток через артериальный катетер, установленный в верхнюю брыжеечную артерию или чревный ствол. Начало введения должно быть не позднее первых 5 суток от начала заболевания. Смесь вводится при помощи инфузомата, в ее состав входят: гепарин в суточной дозе 24000 ЕД со скоростью 1000ЕД/час; пентоксифиллин 200 мг в разведении до 50 мл 0,9% натрия хлорида в течение 30 минут через 12 часов; эмоксипин 300 мг в разведении до 50 мл 0,9% натрия хлорида в течение 60 минут через 8 часов. По медицинским показаниям состав смеси может быть изменен индивидуально.

23. Детоксикация при тяжелом остром панкреатите также достигается путем эвакуации токсического экссудата из брюшной полости при лечебной лапароскопии, лапароцентезе, дренировании жидкостных коллекторов, забрюшинной клетчатки и брюшной полости под контролем УЗИ.

ГЛАВА 5

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЕ

24. Хирургическое лечение пациентов с острым некротизирующим панкреатитом на стадии панкреатогенного шока даже с использованием малоинвазивных технологий должно выполняться по строгим медицинским показаниям.

25. Основной операцией в ферментативной фазе некротизирующего панкреатита при отсутствии признаков бактериального инфицирования должна явиться (после УЗИ индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных исследований) лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

26. Лапароскопические (видеолапароскопические) операции показаны у пациентов с клинической картиной перитонита, при наличии ультразвуковых признаков наличия жидкости в брюшной полости и при необходимости дифференциальной диагностики острого панкреатита с другими заболеваниями органов брюшной полости. Они выполняются для удаления перитонеального экссудата, дренирования сальниковой сумки, забрюшинного пространства, круглой связки печени и брюшной полости, а также для декомпрессионной (при наличии признаков желчной гипертензии) микрохолецистостомии.

27. Дренирование желчного пузыря под лапароскопическим или ультразвуковым контролем при некротизирующем панкреатите показано при острой билиарной обструкции и при наличии признаков желчной гипертензии.

28. Медицинские показания к ранним (в первые 48–72 часа от поступления в больничные организации здравоохранения) операциям традиционным (открытым)

способом при тяжелом остром панкреатите в ферментативной фазе должны быть крайне ограничены и выполняться по строгим медицинским показаниям:

при угрожающих жизни пациента осложнениях острого панкреатита (кровотечение, перфорация полых органов и другие);

раннее инфицирование некротических тканей при тотально-субтотальном поражении (более 50 % объема) ткани поджелудочной железы по данным КТ;

неэффективность борьбы с эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью при массивном поражении (30–50 % объема) ткани поджелудочной железы по данным КТ и другие.

29. Операции традиционным (открытым) способом при остром некротизирующем панкреатите в ферментативной фазе должны выполняться по заключению врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения и в дневное время суток сотрудника кафедры хирургии в клинической больничной организации здравоохранения.

ГЛАВА 6 ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В РЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ

30. Интенсивная терапия, начатая в первую фазу острого некротизирующего панкреатита, должна продолжаться во вторую (реактивную) фазу острого панкреатита. Она включает:

30.1. анальгетики: ненаркотические, наркотические при выраженном болевом синдроме;

30.2. введение одного из спазмолитических лекарственных средств – папаверина гидрохлорида, дротаверина;

30.3. инфузионную терапию в объеме до 40 мл на 1 кг массы тела пациента. Объем инфузионной терапии может меняться в зависимости от клинической ситуации;

30.4. коррекцию метаболических нарушений:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям назначают аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии, препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты (альбумин, декстран, гидроксипропилькрахмал, желатин, свежемороженая плазма);

30.5. ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопризол, пантопризол);

30.6. антациды (лекарственные средства, содержащие гидроксид алюминия и магния);

30.7. антиферментные лекарственные средства индивидуально в соответствии с результатами клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования: овомин, апротинин;

30.8. антибактериальную терапию:

карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем) или цефалоспорины III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом; ванкомицин или линезолид; колистин или другая схема антибактериальной терапии по заключению врачебного консилиума;

целенаправленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры, полученной при бактериологическом исследовании во время операции.

Курс антибиотикотерапии по медицинским показаниям дополняется антимикотической терапией (флуконазол);

30.9. после иммунодиагностики назначают иммунокоррекцию, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей;

30.10. лечебное питание или продолжается энтеральное зондовое питание. Парентеральное питание назначается по медицинским показаниям;

30.11. при поражении органов-мишеней (респираторный дистресс-синдром, острая почечная, печеночная или сердечно-сосудистая недостаточность и другие) назначают посиндромную терапию.

31. Контроль за эффективностью лечения проводится на основании следующих показателей в динамике: клинические симптомы, размеры инфильтрата, температурная кривая, лабораторные показатели воспалительного синдрома, УЗИ и КТ органов брюшной полости.

32. Следует выделять варианты течения и исходов реактивной фазы острого некротизирующего панкреатита:

медленная редукция инфильтрата с нормализацией температурной кривой и показателей воспаления – рассасывание;

регрессирование токсического синдрома при отсутствии уменьшения размеров инфильтрата и длительной гиперамилаземией – исход в постпанкреатическую кисту;

прогрессирование признаков интоксикации при увеличении размеров инфильтрата и при его распространении на отдаленные от поджелудочной железы области: исход в нагноение с переходом в фазу секвестрации с реальной возможностью развития панкреатогенного сепсиса.

ГЛАВА 7

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В РЕАКТИВНОЙ ФАЗЕ

33. Операции с использованием малоинвазивных технологий или традиционным (открытым) способом при остром некротизирующем панкреатите в реактивную фазу должны выполняться по заключению врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения и сотрудника хирургической кафедры в клинической больничной организации здравоохранения.

34. Отношение к острым жидкостным скоплениям должно быть дифференцированным.

35. Активной тактики требуют парапанкреатические скопления более 5 см в диаметре без тенденции к уменьшению на фоне консервативной терапии. Она предусматривает пункцию таких жидкостных коллекторов под ультразвуковым контролем.

36. Медицинским показанием к дренированию жидкостных скоплений является быстрый темп накопления жидкости с высокой активностью в ней амилазы. Это свидетельствует о деструкции протоков поджелудочной железы.

37. Ферментативный перитонит не является медицинским показанием к выполнению традиционных (открытых) оперативных вмешательств. Эвакуацию жидкости из брюшной полости проводят путем лапароскопии или под контролем УЗИ с последующим дренированием брюшной полости.

ГЛАВА 8

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА В ФАЗЕ РАСПЛАВЛЕНИЯ И СЕКВЕСТРАЦИИ

38. В фазе расплавления и секвестрации у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом показано хирургическое лечение.

39. Консервативная терапия, проводимая во второй фазе острого некротизирующего панкреатита, должна продолжаться в послеоперационном периоде в третьей фазе острого панкреатита. Она включает:

39.1. антибиотикотерапию лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры. Схема эмпирической антибиотикотерапии в послеоперационном периоде назначается индивидуально с учетом антибактериальных средств, которыми лечился пациент в первую и вторую фазу заболевания. Курс антибиотикотерапии по медицинским показаниям дополняется антимикотической терапией (флуконазол);

39.2. инфузионную терапию:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям назначают аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии, препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты (альбумин, декстран, желатин, желатин, гидроксипропилкрахмал, свежемороженая плазма).

Объем инфузионной терапии может меняться в зависимости от клинической ситуации;

39.3. энтеральную нутриционную поддержку через зонд, проведенный на 15–20 см ниже дуодено-еюнального перехода (за связку Трейца);

39.4. после иммунодиагностики назначают иммунокоррекцию, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей;

39.5. посиндромную терапию.

40. Одним из медицинских показаний к операции при остром панкреатите является развитие гнойных осложнений (инфицированный некротизирующий панкреатит, абсцесс поджелудочной железы). Операция в таких случаях выполняется в кратчайшие сроки после диагностики гнойных осложнений (они развиваются нередко на 15–21 сутки от начала заболевания).

ГЛАВА 9

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФАЗЕ РАСПЛАВЛЕНИЯ И СЕКВЕСТРАЦИИ

41. Хирургическое лечение острого некротизирующего панкреатита в фазу расплавления и секвестрации включает в себя вскрытие, санацию и дренирование гнойных очагов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия. Она может быть одно- или многоэтапной и выполняется как традиционными (открытыми), так и малоинвазивными методами.

42. При остром инфицированном некротизирующем панкреатите выполняются следующие виды операций:

панкреатонекрсеквестрэктомия с закрытым дренированием;

панкреатонекрсеквестрэктомия с дренированием и пролонгированной ирригацией;

панкреатонекрсеквестрэктомия с лапаротомией, этапные санации и дренирование «по программе»;

некрэктомия, оментобурсостомия и люмбостомия (с одной или обеих сторон), этапные санации, дренирование;

программированная релaparотомия с этапной секвестрэктомией, санацией и дренированием;

программированная прямая панкреатоскопия с панкреатонекрсеквестрэктомией (видеоассистированная некрэктомия);

чресфистульная некрсеквестрэктомия;

по медицинским показаниям применяют различные виды резекций поджелудочной железы и другие операции.

43. При необходимости операции при инфицированном некротизирующем панкреатите сопровождаются оперативными вмешательствами на желчных путях, спленэктомией, люмботомией и другими операциями.

44. При распространенном некрозе поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки более предпочтительны оперативные вмешательства без ушивания брюшной полости наглухо (открытые оперативные вмешательства).

45. При панкреатогенном абсцессе и инфицированных жидкостных скоплениях в области поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки при некротизирующем панкреатите в третью фазу заболевания выполняются следующие основные виды оперативных вмешательств:

различные виды эндоскопических и малоинвазивных дренирующих операций;
вскрытие абсцесса традиционным (открытым) способом с закрытым дренированием;
вскрытие и дренирование абсцесса с использованием ирригационной системы;
вскрытие абсцесса традиционным (открытым) способом с выполнением срединной лапаротомии и последующим формированием забрюшинных стом (бурсооментостомы, люмбостомы) для повторных санаций. Методика повторных операций через указанные стомы эффективна при левостороннем и центральном расположении забрюшинных некрозов;

программированная прямая панкреатоскопия с некрсеквестрэктомией и другие виды оперативных вмешательств.

46. Пункция и дренирование жидкостных панкреатогенных и гнойных образований могут быть выполнены под ультразвукографическим контролем в условиях операционной. Отсутствие эффекта от дренирования жидкостных структур под ультразвукографическим контролем является основанием для решения вопроса о применении традиционных (открытых) операций.

Выбор метода малоинвазивного вмешательства под ультразвукографическим контролем зависит от характера локальных осложнений в области поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки.

47. При панкреатогенных кровотечениях может выполняться ангиографический гемостаз (селективная или суперселективная окклюзия сосудов) или традиционные (открытые) методы оперативных вмешательств.

48. Минимально инвазивные вмешательства являются приоритетными при хирургическом лечении острого некротизирующего панкреатита, так как они сопровождаются меньшей летальностью по сравнению с традиционными (открытыми) видами оперативных вмешательств.