

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
18 мая 2021 г. № 50

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца седьмого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», 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, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинические протоколы диагностики и лечения пациентов (детское население) с острыми хирургическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

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

1.2. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и генерализованным (распространенным) перитонитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается);

1.3. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и отграниченным перитонитом (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается);

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

1.5. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с инвагинацией при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается);

1.6. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острой кишечной непроходимостью при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается).

2. Внести в приложение 5 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 сентября 2005 г. № 549 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных» изменения, исключив следующие позиции:

«Острый аппендицит (К 35)	РУ	Общий ан. крови	1	УЗИ органов брюшной полости	Премедикация (0,1 % р-р атропина + 1 % р-р дифенгидрамина) в/м в возрастной дозировке	10 дней	Восстановление здоровья
	МУ	Общий ан. мочи	1				
	ОУ	Термометрия	1	Аппендэктомия			
	Респ. У	Физикальное обследование	1	Диагностическая лапароскопия	После операции: Обезболивание в течение 2–3 дней (по показ.): детям до 2-х лет 50 % р-р метамизола + 1 % р-р дифенгидрамина в/м в возрастной дозировке или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в; детям старше 2-х лет – 1 % р-р морфина п/к или 2 % р-р тримеперидина в/м, п/к, или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в (по показ.) Антибактериальная терапия (по показ.): цефалоспорины 3–4-го поколения (цефотаксим 50–100 мг/кг/сут. в/м, в/в 2–3 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения) или ампициллин 100–150 мг/кг в/м, в/в 4 р/сут. + гентамицин (3–5 мг/кг в/в, в/м каждые 8 часов, новорожденным каждые 12 часов)		
Острый аппендицит с генерализованным перитонитом (К35.0)	РУ	Общий ан. крови	2	Зондовая декомпрессия желудка	21 день	Восстановление здоровья	
	МУ	Общий ан. мочи	2				
	ОУ	Мониторинг гемодинамики (артериальное давление (далее – АД), частота сердечных сокращений (далее – ЧСС)		Антипиретики (50 % р-р метамизола в/м по 0,1 мл на 1 год жизни или ибупрофен 10–30 мг/кг/сут. внутрь 2–3 р/сут., или парацетамол 30–50 мг/кг/сут. внутрь или в свечах 4–6 р/сут.) при температуре тела выше 38 °С более 6 часов			
	Респ. У	Часовой диурез		Стартовая инфузия: сбалансированный электролитный р-р с 5 % декстрозой 1:1 в объеме 1/3, 1/2 жидкости потребления (далее – ЖП) в течение 4–6 часов перед операцией			
		Учет патологических потерь жидкости		Антибактериальная терапия в возрастной дозировке: аминогликозиды (амикацин начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг в/м или в/в) + ампициллин (100–150 мг/кг в/м, в/в – 4 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения) или аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг в/м или в/в) + линкомицин (в/м, в/в 10–20 мг/кг, внутрь 30–60 мг/кг/сут. 2–3 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения), или цефалоспорины 3–4-го поколения (цефотаксим 50–100 мг/кг/сут. в/м, в/в) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения), или имипенем в/в детям от 3 мес. – до 12 лет и с массой тела менее 40 кг – 15 мг/кг, детям старше 12 лет – по 0,25–1 г 4 р/сут (только на ОУ, Респ. У)			
		Определение группы крови, резус-фактора	1	Премедикация (0,1 % р-р атропина + 1 % р-р дифенгидрамина) в/м в возрастной дозировке			
		Биохимическое исследование крови: белок, билирубин, электролиты (К, Na, Cl), СРБ, аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), аспаргатаминотрансфераза (далее – АсАТ) (до и после подготовки к операции)	2	Аппендэктомия под эндотрахеальным наркозом			

	Определение параметров КОС	2		Лаваж брюшной полости Дренаж в брюшную полость (по показ.) Инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксиэтилкрахмала (по показ.) Обезболивание в течение 2–3 дней (по показ.): детям до 2-х лет 50 % р-р метамизола + 1 % р-р дифенгидрамина в/м в возрастной дозировке или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в; детям старше 2-х лет – 1 % р-р морфина п/к или 2 % р-р тримеперидина в/м, п/к, или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в (по показ.) Парентеральное питание: 5–10 % р-р декстрозы + набор аминокислот (по азоту 0,1–0,3 г/кг/сут.) + жировые эмульсии (по жирам 0,1–0,5 г/кг/сут.) до ликвидации пареза желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ)		
Острый аппендицит с перитонеальным абсцессом (К35.1)	Общий ан. крови	1	УЗИ при поступлении и в динамике	Зондовая декомпрессия желудка	21 день	Восстановление здоровья»;
	Общий ан. мочи	1				
	Биохимическое исследование крови: белок и белковые фракции, билирубин и его фракции, СРБ, электролиты (К, Na, Cl, Ca), АлАТ, АсАТ	1	Пальцевое ректальное исследование	Антипиретики (50 % р-р метамизола в/м по 0,1 мл на 1 год жизни или ибупрофен 10–30 мг/кг/сут. внутрь 2–3 р/сут., или парацетамол 30–50 мг/кг/сут. внутрь или в свечах 4–6 р/сут.) при температуре тела выше 38 °С более 6 часов		
	Определение параметров КОС	1		Стартовая инфузия: сбалансированный электролитный р-р с 5 % декстрозой 1:1 в объеме 1/3, 1/2 ЖП в течение 4–6 часов перед операцией		
Физикальное обследование			Антибактериальная терапия в/м или в/в в возрастной дозировке: аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг) + ампициллин (100–150 мг/кг/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут.)			
Температурный профиль	1 (далее по показ.)			или аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг + линкомицин (в/м, в/в 10–20 мг/кг, внутрь 30–60 мг/кг/сут. 2–3 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения), или цефалоспорины 3–4-го поколения (цефотаксим 50–100 мг/кг/сут. в/м, в/в) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения), или имипенем в/в детям от 3 мес. – до 12 лет и с массой тела менее 40 кг – 15 мг/кг, детям старше 12 лет – по 0,25–1 г 4 раза/сут (только на ОУ, Респ. У)		
				Премедикация (0,1 % р-р атропина + 1 % р-р дифенгидрамина) в/м в возрастной дозировке		

					<p>Вскрытие и дренирование абсцесса</p> <p>Аппендэктомия при визуализации аппендикса, дренирование ложа отростка</p> <p>Во время операции и после инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксипропилкрахмала (по показ.)</p> <p>Обезболивание в течение 2–3 дней (по показ.): детям до 2-х лет 50 % р-р метамизола + 1 % р-р дифенгидрамина в/м в возрастной дозировке или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в; детям старше 2-х лет – 1 % р-р морфина п/к или 2 % р-р тримеперидина в/м, п/к, или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в</p> <p>Парентеральное питание:</p> <p>5–10 % р-р декстрозы + набор аминокислот (по азоту 0,1–0,3 г/кг/сут.) + жировые эмульсии (по жирам 0,1–0,5 г/кг/сут.) до ликвидации пареза ЖКТ</p>		
«Паралитический илеус (K56.0)	РУ МУ ОУ Респ. У	<p>Общий ан. крови</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Биохимическое исследование крови: белок и белковые фракции, электролиты (К, Na, Cl, Ca), АлАТ, АсАТ</p> <p>Определение параметров КОС</p>	1 1 1 1	<p>Обзорная R-грамма брюшной полости</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p>	<p>Интраназальное зондирование желудка</p> <p>Коррекция нарушений гомеостаза: введение в/в сбалансированных электролитных растворов, набор аминокислот, 5 % р-ра декстрозы</p> <p>Антибактериальная терапия в/м или в/в в возрастной дозировке: аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг) + ампициллин (100–150 мг/кг в/м, в/в – 4 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения) или аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем 7,5 мг/кг) + линкомицин (в/м, в/в 10–20 мг/кг, внутрь 30–60 мг/кг/сут. 2–3 р/сут.) + метронидазол, или цефалоспорины 3–4-го поколения (цефотаксим 50–100 мг/кг/сут. в/в, в/м) + метронидазол, или имипенем в/в детям от 3 мес. – до 12 лет и с массой тела менее 40 кг – 15 мг/кг, детям старше 12 лет – по 0,25–1 г 4 раза/сут (ОУ, Респ. У)</p> <p>Перидуральная анестезия 0,125 % р-ром бупивакаина 2 мг/кг</p> <p>Сифонная клизма</p> <p>При отсутствии эффекта от консервативного лечения – интраоперационная декомпрессия кишечника путем его интубации</p>	7–10 дней	Восстановление здоровья
Инвагинация кишечника (K56.1)	РУ МУ	<p>Общий ан. крови</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Физикальное обследование</p>	1 1	<p>Пальцевое ректальное исследование</p>	<p>Направление ребенка в детское хирургическое отделение ОУ, Респ. У</p>		

ОУ	Физикальное обследование		УЗИ органов брюшной полости	До 12 часов с момента заболевания – консервативная дезинвагинация под наркозом под контролем УЗИ или ирригоскопии с взвесью сульфата бария в 1 % р-ре хлорида натрия	3 дня	Восстановление здоровья	
Респ. У	Общий ан. крови	1					
	Общий ан. мочи	1					
	Определение группы крови, резус-фактора	1		При сроке до 24 часов с момента заболевания и нормальном тоне наружного сфинктера и прямой кишки в условиях ДХО			
	Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na, Cl, Са), белок и белковые фракции	1		ОУ и ДХЦ – попытка консервативного расправления			
	Определение параметров КОС	1					
	Ирригоскопия	1					
				В более позднем сроке после установления диагноза – оперативное вмешательство и дезинвагинация	10 дней	Восстановление здоровья	
				При некрозе инвагината – резекция некротизированной кишки с выведением концевой илеостомы	15 дней	Выздоровление с полным нарушением физиологического процесса, функции или потерей части органа	
				Медикаментозное лечение – см. лечение перитонита (K65.0)			
				Закрытие илеостомы через 1 месяц			
Кишечные сращения [спайки] с непроходимостью (K56.5)	РУ	Общий ан. крови	1	Консультация детского хирурга	Зондовая декомпрессия желудка	14 дней	Восстановление здоровья
	МУ	Общий ан. мочи	1		Инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксипропилкрахмала (по показ.)		
		Определение группы крови, резус-фактора	1	Пальцевое ректальное исследование	Паравертебральная блокада 0,25 % р-ром прокаина в возрастной дозировке		
		Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na, Cl, Са)	1		Сифонная клизма		
		Обзорная R-грамма брюшной полости	1		При отсутствии эффекта – лапаротомия, адгезиолизис или перевод ребенка в ДХО ОУ		
	ОУ	То же		УЗИ органов брюшной полости	Зондовая декомпрессия желудка	10 дней	Восстановление здоровья»;

	Респ. У	Обзорная R-грамма брюшной полости		Инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксипропилкрахмала (по показ.)				
				Паравертебральная блокада 0,25 % р-ром прокаина в возрастной дозировке				
				Сифонная клизма				
				Лапароскопия брюшной полости, адгезиолизис				
«Послеоперационная кишечная непроходимость (K91.3)	РУ	Общий ан. крови + гематокрит	2	УЗИ органов брюшной полости	Катетеризация вены	До 12 часов	Ремиссия	
	МУ	Общий ан. мочи	2		Коррекция нарушений гомеостаза: введение в/в сбалансированных электролитных р-ров, набор аминокислот, 5 % р-ра декстрозы		Отсутствие эффекта	
		Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na, Cl, Са), белок и белковые фракции	2		Антибактериальная терапия:			
		Определение параметров КОС	2		аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг в/м или в/в) + ампициллин (100–150 мг/кг/сут. в/м, в/в) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения) или			
		Определение объема потерь по ЖКТ, мочевыделению			аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг в/м или в/в) + линкомицин (в/м, в/в 10–20 мг/кг, внутрь 30–60 мг/кг/сут. 2–3 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения), или цефалоспорины 3–4-го поколения (цефотаксим 50–100 мг/кг/сут. в/м, в/в) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения)			
		Обзорная R-грамма брюшной полости до и после консервативных мероприятий	1		Паравертебральная блокада 0,25 % р-ром прокаина в возрастной дозировке, перидуральная анестезия 0,125 % р-ром бупивакаина 2 мг/кг			
				Декомпрессия желудка зондовая				
				Сифонная клизма				
				Консультация детским хирургом, решение вопроса о дальнейшей тактике				
	ОУ Респ. У	То же		То же	При отсутствии эффектов от консервативного лечения – интраоперационная декомпрессия кишечника путем его интубации	14 дней	Восстановление здоровья».	
					Ликвидация непроходимости лапароскопическим методом			
					Обезболивание в течение 2–3 дней (по показ.): детям до 2-х лет 50 % р-р метамизола + 1 % р-р дифенгидрамина в/м или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в; детям старше 2-х лет 1 % р-р морфина			

1–5 мг п/к или 2 % р-р тримеперидина в/м, п/к в возрастной дозировке или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в 1–2 дня

Инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксиэтилкрахмала (по показ.)

Парентеральное питание:

5–10 % р-р декстрозы + набор аминокислот (по азоту 0,1–0,3 г/кг/сут.) + жировые эмульсии (по жирам 0,1–0,5 г/кг/сут.)

Продолжение антибактериальной терапии + имипенем (в/в детям от 3 мес. – до 12 лет и с массой тела менее 40 кг – 15 мг/кг, детям старше 12 лет – по 0,25–1 г 4 раза/сут)

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

Министр

Д.Л.Пиневич

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.05.2021 № 50

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское 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 (детское 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.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении».

4. При ущемленной грыже или подозрении на ущемление пациент подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение больничной организации.

5. Пациентам с ущемленными грыжами при отсутствии эффекта от консервативного лечения показано экстренное хирургическое вмешательство.

6. По заключению врачебного консилиума хирургическое вмешательство при установленном диагнозе ущемленной грыжи может быть задержано для проведения предоперационной подготовки пациента или по другим причинам.

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

8. Длительность лечения в стационарных условиях при неосложненном грыжесечении составляет 3 дня, при некрозе грыжевого содержимого, перитоните – 14 дней.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ

9. Обязательные диагностические мероприятия в приемном отделении:

9.1. клинические: сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, осмотр, общая термометрия, подсчет частоты сердечных сокращений, аускультация легких, пальпация и перкуссия живота, осмотр и пальпация паховых областей, наружных половых органов, измерение массы тела;

9.2. клинико-лабораторные исследования:

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

анализ мочи общий (физические, химические свойства, микроскопическое исследование осадка) у детей старше 3 лет, а также при сохраненном диурезе и отсутствии признаков дегидратации.

10. Дополнительные диагностические мероприятия в приемном отделении (по медицинским показаниям):

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

обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей;

консультации врачей-специалистов (врача-акушера-гинеколога, врача-уролога).

11. Обязательные диагностические мероприятия в хирургическом отделении:

осмотр пациента в течение 30 минут после поступления в хирургическое отделение;

в послеоперационном периоде: контроль анализа крови общего и анализа мочи общего перед выпиской пациента из стационара.

12. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям) в хирургическом отделении:

рентгенография органов брюшной полости;

УЗИ грыжевого выпячивания, органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

определение группы крови по системе АВ0 и резус-принадлежности;

биохимическое исследование крови (определение содержания билирубина, глюкозы, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), альфа-амилазы, С-реактивного белка (СРБ), электролитов (натрий, калий, кальций общий, хлор);

определение параметров кислотно-основного состояния (далее – КОС);

гемостазиограмма (определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), активности факторов протромбинового комплекса, международного нормализованного отношения (МНО), содержания фибриногена);

анализ мочи общий (физические, химические свойства, микроскопическое исследование осадка;

УЗИ послеоперационной раны или органов брюшной полости в послеоперационном периоде для диагностики послеоперационных осложнений;

консультации врачей-специалистов (врача-акушера-гинеколога, врача-уролога).

ГЛАВА 3 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

13. Показания к консервативному лечению (вправлению грыжевого содержимого):

пациенты мужского пола;

наличие яичка в мошонке на стороне грыжевого выпячивания;

срок заболевания – меньше 12 часов от момента ущемления;

отсутствие воспалительных изменений в области грыжевого выпячивания;

отсутствие перитонита.

14. Техника консервативного вправления грыжевого содержимого:

выполняется обезболивание – парентерально нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства (ибупрофен), прочие анальгетики-антипиретики (парацетамол, метамизол натрия) в возрастных дозировках;

через 30 минут пациент укладывается в положение Тренделенбурга и выполняется деликатная тракция грыжевого содержимого по направлению к дну мошонки с одномоментной ее компрессией.

15. При эффективном консервативном вправлении и отсутствии противопоказаний пациенту выполняется плановое хирургическое лечение в течение ближайших 2 дней.

16. При наличии противопоказаний к плановому хирургическому лечению пациент выписывается домой для амбулаторного лечения и наблюдения. При этом плановое хирургическое лечение осуществляется через 3 недели после выздоровления от острых воспалительных заболеваний (острые респираторные инфекции, бронхит, ангина, другие) или отсутствии других противопоказаний.

ГЛАВА 4 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕЙ

17. При отсутствии перитонита, флегмоны грыжевого мешка и тяжелых сопутствующих заболеваний специальной предоперационной подготовки, как правило, не требуется.

18. Предоперационная подготовка показана пациентам с многократной рвотой, признаками эксикоза и токсикоза, высокой температурой (выше 38 °С).

19. Проводится обезболивание и снижение температуры тела (нестероидные противовоспалительные средства, прочие анальгетики-антипиретики в возрастных дозировках), коррекция водно-электролитных нарушений (раствор Рингера, раствор натрия хлорида 0,9 %, раствор глюкозы 5 %, другие растворы).

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

21. Длительность предоперационной подготовки не должна превышать 2 часов.

22. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30–60 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно или внутримышечно однократно вводится антибиотик цефалоспоринового ряда 1 поколения – цефазолин (дети в возрасте 1 месяца и старше с массой тела менее 40 кг – 50 мг/кг, для детей в возрасте старше 12 лет и массой тела более 40 кг – 1,0 г).

23. Перед хирургическим вмешательством пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом.

ГЛАВА 5 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕЙ

24. Показания к экстренному хирургическому лечению у пациентов с ущемленной грыжей:

пациенты женского пола с клинической картиной ущемленной или невправимой паховой грыжи;

отсутствие яичка в мошонке на стороне грыжевого выпячивания;

срок заболевания – более 12 часов от момента ущемления;

наличие перитонита;

выраженные воспалительные изменения в области грыжевого выпячивания (флегмона грыжевого мешка);

неэффективность консервативного лечения ущемления.

25. Хирургическое вмешательство при ущемленной грыже выполняется под эндотрахеальным наркозом.

26. Выбор хирургического доступа осуществляется с учетом локализации грыжи.

27. Рассечение ущемляющего кольца выполняется после вскрытия грыжевого мешка и удержания грыжевого содержимого.

28. Оценка жизнеспособности грыжевого содержимого производится после рассечения ущемляющего кольца.

29. При отсутствии некроза грыжевое содержимое вправляется в брюшную полость, выполняются грыжесечение, пластика дефекта брюшной стенки.

30. При некрозе грыжевого содержимого – герниолапаротомия, резекция нежизнеспособных органов и тканей.

31. Показания к резекции участка кишки: признаки нежизнеспособности кишки после устранения ущемления и согревания в течение 20 минут (пульсация сосудов брюжейки не восстановилась, сохраняются резкий цианоз и отек кишки, нет видимой перистальтики или определяются обширные кровоизлияния). Резекцию кишки выполняют в пределах безусловно здоровых тканей.

32. При отсутствии перитонита после резекции измененного участка кишки формируют кишечный анастомоз «конец в конец».

33. При наличии перитонита или выраженных вторичных изменениях кишки, связанных с острой кишечной непроходимостью, формируют кишечную стому, выполняют лаваж брюшной полости и дренирование (при наличии показаний).

34. При самопроизвольном вправлении во время операции ущемленного органа его следует обязательно извлечь для осмотра и оценки жизнеспособности. Если это не удается, показаны герниолапаротомия или диагностическая лапароскопия.

35. Закрытие (пластика) грыжевых ворот выполняется в зависимости от вида грыжи.

36. При ущемленной или невправимой (пациенты женского пола) паховой грыже без флегмоны грыжевого мешка возможно использование лапароскопического доступа. После видеолапароскопии и постановки троакаров осуществляется вправление грыжевого содержимого в брюшную полость с оценкой его жизнеспособности, а затем лапароскопическая герниопластика.

37. При флегмоне грыжевого мешка показано двухэтапное хирургическое вмешательство:

37.1. первый этап:

срединная лапаротомия;

резекция некротизированной петли со стороны живота без рассечения ущемляющего кольца;

межкишечный анастомоз «конец в конец» для восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта (концы петли кишки, подлежащей удалению, ушивают наглухо);

- ушивание брюшной полости;
- 37.2. второй этап:
- вскрытие грыжевого мешка;
- рассечение ущемляющего кольца и удаление отключенной некротизированной части кишки;
- иссечение некротически измененных мягких тканей;
- грыжесечение;
- санация и дренирование раны.
38. При выполнении хирургического вмешательства при ущемленной грыже целесообразно использовать:
- электрокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов;
- сшивающие аппараты для наложения линейного шва (предпочтительны металлические сшивающие аппараты второго поколения с одноразовыми кассетами).

ГЛАВА 6

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УЩЕМЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

39. В послеоперационном периоде лечение продолжается в хирургическом отделении или отделении анестезиологии и реанимации.
40. Для купирования болевого синдрома назначаются нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен), прочие анальгетики-антипиретики (парацетамол, метамизол натрия) в возрастных дозировках.
41. Инфузионная терапия кристаллоидами (раствор Рингера, раствор натрия хлорида 0,9 %, раствор глюкозы 5 %) в объеме 20–30 мл/кг проводится по медицинским показаниям.
42. Антибактериальная терапия при неосложненном грыжесечении не требуется.
43. Антибактериальная терапия показана при наличии некроза грыжевого содержимого, перитонита. Схема антибактериальной терапии может определяться индивидуально на основании данных бактериологического анализа и антибиотикочувствительности возбудителя, аллергологического анамнеза пациента, синергизма антибактериальных средств и сопутствующих заболеваний:
- 43.1. эртапенем: 15 мг/кг 2 раза в день; с 12 лет и массой тела более 40 кг – по 1,0 г 1 раз в день внутривенно в течение 7–10 дней;
- 43.2. пиперациллина/тазобактам с 2 лет (100 мг/кг 3 раза в сутки);
- 43.3. цефалоспорины 3–4 поколения (цефотаксим: дети с массой до 50 кг – по 50–150 мг/кг/сут 2–4 раза в сутки, более 50 кг – по 1–2 г 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно, или цефепим: дети с массой до 40 кг – по 50 мг/кг 2 раза в сутки, более 40 кг – по 2 г 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 7–10 дней); с аминогликозидами 3 поколения (амикацин по 7,5 мг/кг 2 раза в сутки или 15 мг/кг 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 5–7 дней); с метронидазолом по 7,5 мг/кг 3 раза в сутки внутривенно.
44. Местное лечение послеоперационной раны:
- ежедневные перевязки с применением антисептических и дезинфицирующих средств (повидон йод, йодискин, хлоргексидин) или мазевых повязок (хлорамфеникол/метилурацил, диметилсульфоксид с 12 лет) 1–2 раза в день первые 3 суток, затем – по назначению врача-детского хирурга. Снятие швов на 7 сутки после операции.
45. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям.
46. При наличии кишечной стомы повторная госпитализация в детский хирургический стационар для ее закрытия и восстановления пассажа по кишечнику осуществляется через 3–6 месяцев после выписки пациента.