

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
30 ноября 2023 г. № 182

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с закрытой травмой грудной клетки в стационарных условиях» (прилагается);

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

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым аппендицитом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым холециститом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с перфоративной гастродуоденальной язвой в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с травмой живота в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ущемленной грыжей в стационарных условиях» (прилагается).

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 46 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с острыми хирургическими заболеваниями».

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

Министр

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной
безопасности Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство
по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами
Президента Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2023 № 182

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с острым аппендицитом в стационарных условиях»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с острым аппендицитом (далее – ОА) в стационарных условиях (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K35 Острый аппендицит).

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

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

4. К категории пациентов с ОА относятся пациенты с острыми воспалительными, некротическими и гнойными изменениями в червеобразном отростке слепой кишки, а также вероятными их осложнениями: признаки распространения инфекции в брюшной полости с развитием аппендикулярного инфильтрата, абсцесса или абсцессов, пилефлебита, распространенного перитонита, забрюшинной флегмоны.

5. Наличие ОА или подозрение на ОА являются основанием для госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации.

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

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

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

7. Для лечения пациентов с ОА рекомендованы базовые схемы фармакотерапии заболеваний, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения, лекарственных форм и дозировок, режима дозирования и разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не утвержденными инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label).

При назначении ЛП off-label проводится врачебный консилиум о необходимости назначения данного ЛП.

В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости

и (или) чувствительности) по решению врачебного консилиума допускается расширение объема диагностики и лечения с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОА

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

8.1. клинические методы исследования:

медицинский осмотр;

общая термометрия;

подсчет частоты сердечных сокращений;

подсчет частоты дыхания;

измерение артериального давления;

аускультация легких, сердца;

пальпация и перкуссия живота;

пальцевое ректальное исследование;

8.2. клинико-лабораторные исследования:

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

общий анализ мочи;

8.3. инструментальные методы исследования:

электрокардиограмма.

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

9.1. инструментальные методы исследования:

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

обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей; компьютерная томография органов брюшной полости;

9.2. клинико-лабораторные исследования:

определение параметров кислотно-основного состояния;

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

9.3. консультации врачей-специалистов;

9.4. иные.

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

медицинский осмотр в течение 30 минут после поступления, затем каждые 3 часа или чаще (по медицинским показаниям) до исключения или подтверждения диагноза ОА;

общий анализ крови каждые 3 часа до исключения или подтверждения диагноза ОА (определение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гематокрита, содержания гемоглобина, подсчет лейкоцитарной формулы).

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

11.1. клинико-лабораторные исследования:

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

определение групп крови по системам АВ0 и Rh-фактор;

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

определение параметров кислотно-основного состояния;

повторный общий анализ мочи;

11.2. инструментальные исследования:

электрокардиограмма;

эзофагогастродуоденоскопия;

УЗИ ОБП;

обзорная рентгенография и (или) компьютерная томография органов брюшной и грудной полостей;

диагностическая лапароскопия;

11.3. консультации врачей-специалистов;

11.4. иные.

ГЛАВА 3 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОА

12. Пациенту с ОА показано хирургическое вмешательство, которое выполняется в течение 6 часов с момента установления диагноза.

13. Выделяются следующие виды хирургических вмешательств, выполняемых при ОА:

лапароскопическая аппендэктомия (хирургическое вмешательство выбора);

аппендэктомия лапаротомным доступом (правая подвздошная область, срединная лапаротомия).

14. Аппендэктомия лапаротомным доступом выполняется в случае, если выполнение лапароскопической аппендэктомии сопряжено с техническими трудностями или невозможно.

15. При наличии распространенного перитонита возможно выполнение аппендэктомии лапаротомным доступом (срединная лапаротомия) или лапароскопическим доступом (при наличии технических возможностей и подготовленных врачей-специалистов) с удалением экссудата, санацией и дренированием брюшной полости. Интубация и декомпрессия кишечника выполняются по медицинским показаниям.

16. Наличие плотного аппендикулярного инфильтрата, гнойной полости абсцесса, оставленные в брюшной полости некротизированные ткани, которые невозможно удалить, ненадежный гемостаз являются медицинскими показаниями к дренированию дренажными трубками и (или) тампоном.

17. При рыхлом аппендикулярном инфильтрате, выявленном интраоперационно, выполняется разделение инфильтрата и аппендэктомия.

18. При периаппендикулярном абсцессе без признаков прорыва в брюшную полость, выявленном до хирургического вмешательства, показаны чрескожное дренирование полости абсцесса или вскрытие и дренирование абсцесса, по возможности, внебрюшинным доступом.

19. Особенности хирургического вмешательства при ОА у беременных являются:

беременная находится под медицинским наблюдением врача-хирурга и врача-акушера-гинеколога, которые принимают совместные решения по назначению антибактериальной терапии, тактике лечения, при наличии медицинских показаний назначают ЛП, понижающие тонус матки;

при клинической картине ОА в родах по решению врачебного консилиума выполняются родоразрешение и аппендэктомия;

лапароскопическая аппендэктомия не является хирургическим вмешательством выбора у беременных в III триместре.

20. При интраоперационном обнаружении в брюшной полости (забрюшинном пространстве при вскрытии аппендикулярного абсцесса забрюшинным доступом) выпота (гноя) выполняется бактериологическое исследование данного выпота (гноя) с определением чувствительности к антибактериальным ЛП.

21. При отсутствии перитонита, тяжелых сопутствующих заболеваний и при местном перитоните предоперационная подготовка пациента не требуется.

В ходе предоперационной подготовки проводится гигиеническая подготовка пациента, катетеризация и опорожнение мочевого пузыря (при наличии медицинских показаний).

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

22. Перед хирургическим вмешательством внутривенно капельно вводится цефазолин, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 100 мг, вводится в дозе 2,0 г (при весе пациента менее 120 кг) и в дозе 3,0 г внутривенно (при весе пациента 120 кг и более) за 60 минут до хирургического доступа, если время пропущено допускается введение за 30–60 минут. У пациентов низкого риска, без вскрытия просвета кишечника, периоперационная антибиотикопрофилактика не проводится. При хирургическом вмешательстве на тонком кишечнике дополнительно вводится метронидазол в дозе 500 мг внутривенно.

Повторное введение цефазолина необходимо только при длительности хирургического вмешательства более 4 часов при нормальной почечной функции и при массивной интраоперационной кровопотере более 1,5 литров, повторное введение метронидазола не требуется.

23. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений перед хирургическим вмешательством применяется (по медицинским показаниям) один из следующих ЛП:

далтепарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл (раствор для инъекций 5000 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл). У пациентов с умеренным риском тромбоза 2500 МЕ за 1–2 часа до хирургического вмешательства, у пациентов с дополнительным риском тромбоза вводится вечером накануне хирургического вмешательства 5000 МЕ подкожно или 2500 МЕ за 1–2 часа до хирургического вмешательства и 25000 МЕ через 12 часов;

эноксапарин кальция, раствор для инъекций 2000 анти-Ха МЕ/ 0,2 мл (4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно за 2 часа до хирургического вмешательства, при высоком риске тромбоза – 4000 МЕ (0,4 мл) за 12 часов до хирургического вмешательства и через 12 часов после хирургического вмешательства;

надропарин кальция, раствор для подкожного введения 2850 МЕ анти-Ха 0,3 мл (3800 МЕ анти-Ха 0,4 мл и 5700 МЕ анти-Ха 0,6 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (0,3 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью за 12 часов до хирургического вмешательства 2850 МЕ (при массе тела 51–70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг);

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

гепарин, раствор для внутривенного и подкожного введения (для инъекций) 5000 МЕ/мл 5 мл. По 5000 МЕ подкожно каждые 8 часов – в качестве медицинской профилактики тромбозов.

ГЛАВА 4 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОА

24. В послеоперационном периоде для обезболивания используется один из следующих неопиоидных анальгетиков (применяется преимущественно в режиме «по

требованию» в инъекционной форме, при наличии возобновляемой боли в покое в течение суток возможен прием через определенные интервалы):

кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций), концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл 2 мл, вводится внутримышечно или внутривенно капельно по 100 мг каждые 12 часов; таблетки, покрытые оболочкой 100 мг, внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки; суппозитории ректальные, 100 мг, в прямую кишку по 1 суппозиторию, 1 или 2 раза в сутки;

декскетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения/концентрат для приготовления раствора для инфузий (инфузионного раствора) 25 мг/мл 2 мл, раствор вводится глубоко в мышцу. Рекомендованная доза составляет 50 мг с интервалом введения 8–12 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 150 мг;

диклофенак, раствор для внутримышечного введения, 25 мг/мл 3 мл, внутримышечно по 75 мг через 12 часов; таблетки, покрытые оболочкой 50 мг, капсулы пролонгированного действия 75 мг, внутрь суммарная суточная доза, разделенная на 2–3 приема, не должна превышать 150 мг; суппозитории ректальные 50 мг и 100 мг, по 1 суппозиторию в прямую кишку, не более 150 мг в сутки;

метамизол натрия, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг/мл 2 мл, внутривенно или внутримышечно, по 500–1000 мг, через 8–12 часов, не более 2000 мг в сутки;

кеторолак, раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах 1 мл, внутримышечно по 10–30 мг, каждые 4–6 часов, не более 90 мг в сутки; таблетки, покрытые оболочкой 10 мг, внутрь 10 мг 3–4 раза в сутки, не более 5 дней;

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

25. При неэффективности нестероидных противовоспалительных ЛП возможно использование одного из следующих опиоидных анальгетиков:

тримеперидин, раствор для внутримышечного и подкожного введения 20 мг/мл 1 мл, подкожно или внутримышечно вводится 10–40 мг (1 мл 1 % раствора – 2 мл 2 % раствора). Максимальная разовая доза 40 мг, максимальная суточная доза 160 мг;

трамадол раствор для инъекций 50 мг/мл 2 мл, внутримышечно, внутривенно или подкожно по 50–100 мг, максимальная суточная доза 400 мг. Повторное введение возможно не ранее, чем через 30 минут.

26. В послеоперационном периоде пациентам с ОА назначается антибактериальная терапия с применением одного из следующих ЛП:

26.1. при местном или распространенном внебольничном перитоните:

цефепим, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 1000 мг, 2000 мг, по 2 г внутривенно или внутримышечно каждые 12 часов в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов;

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг, внутримышечно или внутривенно медленно по 2000 мг 1–2 раза в сутки 7–10 дней в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов;

пиперациллина/тазобактам, порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий (для внутривенного введения) 4000 мг/500 мг, внутривенно капельно по 4000 мг/500 мг каждые 6–8 часов в монотерапии;

26.2. в случае аллергии на бета-лактамы в анамнезе или прием пациентом бета-лактамов в амбулаторных условиях за 3 месяца до госпитализации:

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

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

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

27. При наличии бактериологического исследования с определением чувствительности к антибактериальным ЛП, антибактериальная терапия назначается или корректируется с учетом чувствительности высеянной микрофлоры. Коррекция антибактериальной терапии не проводится в случае положительного клинического течения и при отсутствии симптомов нарастания тяжести бактериального осложнения.

28. При развитии признаков грибковой инфекции на фоне проводимой антибиотикотерапии к схеме лечения добавляется флуконазол, раствор для инфузий 2 мг/мл 100 мл, капсулы 50 мг, нагрузочная доза в первые сутки 800 мг. Далее по 400 мг в сутки, минимум 7 дней. Перорально: нагрузочная доза 800 мг в сутки в первый день, далее по 400 мг в сутки в последующие дни, не менее 7 дней.

29. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений в послеоперационном периоде (по медицинским показаниям) применяется один из следующих ЛП:

далтепарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл (раствор для инъекций 5000 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл). При низком риске тромбоза с профилактической целью 2500 МЕ подкожно, 1 раз в сутки. При дополнительных рисках тромбоза с профилактической целью или 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки, или по 2500 МЕ подкожно 2 раза в сутки (при риске кровотечения);

эноксапарин кальция, раствор для инъекций 2000 анти-Ха МЕ/ 0,2 мл, (4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно 1 раз в сутки, при высоком риске тромбоза с профилактической целью 4000 МЕ (0,4 мл) подкожно 1 раз в сутки;

надропарин кальция, раствор для подкожного введения 2850 МЕ анти-Ха 0,3 мл (3800 МЕ анти-Ха 0,4 мл и 5700 МЕ анти-Ха 0,6 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (0,3 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (при массе тела 51–70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг) через 12 часов после хирургического вмешательства и далее столько же до 3 дня после хирургического вмешательства, затем подкожно при массе тела 51–70 кг – 3800 МЕ 1 раз в сутки и 5700 МЕ при массе тела свыше 70 кг;

бемипарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ анти-Ха/0,2 мл. С профилактической целью вводится подкожно 2500 МЕ (0,2 мл) 1 раз в сутки;

гепарин, раствор для внутривенного и подкожного введения (для инъекций) 5000 МЕ/мл 5 мл. По 5000 МЕ подкожно каждые 8 часов – в качестве медицинской профилактики тромбозов.

В случае прогрессивного снижения уровня тромбоцитов на фоне проводимой антикоагулянтной терапии и подозрении на гепарин-индуцированную тромбоцитопению II типа, при необходимости продолжается антикоагулянтная терапия с заменой гепарина

или низкомолекулярных гепаринов на фондапаринукс натрия (раствор для внутривенного и подкожного введения 2,5 мг/0,5 мл в шприцах) по 2,5 мг подкожно 1 раз в сутки, независимо от тяжести факторов риска.

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

31. Инфузионная терапия проводится с применением следующих ЛП:

натрия хлорид, раствор для инфузий 9 мг/мл, среднесуточная доза 1000 мл, внутривенно капельно или раствор Рингера, раствор для инфузий 200 мл, 400 мл, внутривенно капельно, максимальный суточный объем 500–3000 мл в сутки (солевые растворы для коррекции гидроионных нарушений);

растворы глюкозы, раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мг/мл, внутривенно капельно, не более 6 г/кг массы тела в сутки (с целью дезинтоксикационной терапии);

меглюмина натрия сукцинат, раствор для инфузий 1,5 % 400 мл, внутривенно, капельно, 90 капель в минуту, максимальная суточная доза 800 мл;

декстран, раствор для инфузий 60 мг/мл 200 мл, 400 мл или раствор для инфузий 100 мг/мл 200 мл, 400 мл, вводится внутривенно капельно от 0,5 до 1,5 л или гидроксипроксиэтилкрахмал, раствор для инфузий 60 мг/мл, 100 мг/мл, максимальные суточные дозы для взрослых – 10 % раствор гидроксипроксиэтилкрахмала – 20 мл/кг (1500 мл при массе тела 75 кг), 6 % раствор гидроксипроксиэтилкрахмала – 33 мл/кг (2500 мл при массе тела 75 кг) (плазмозамещающие ЛП при кровопотере).

32. Хирургическое вмешательство при ОА выполняется под общей или спинальной анестезией.

ГЛАВА 5

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

33. При аппендикулярном инфильтрате без признаков абсцедирования и перитонита хирургическое вмешательство не проводится, пациенту показаны консервативное лечение и проведение диагностики с другими заболеваниями, опухолями илеоцекальной зоны, забрюшинного пространства.

При неразделимом аппендикулярном инфильтрате, выявленном во время хирургического вмешательства, аппендэктомия не выполняется.

34. При наличии клинических признаков абсцедирования при аппендикулярном инфильтрате пациенту выполняется экстренное хирургическое вмешательство (перкутанное дренирование полости абсцесса, при отсутствии технической возможности – вскрытие абсцесса внебрюшинным доступом).

35. При интраоперационном обнаружении в брюшной полости (забрюшинном пространстве при вскрытии аппендикулярного абсцесса забрюшинным доступом) выпота (гноя) выполняется бактериологическое исследование данного выпота (гноя) с определением чувствительности к антибактериальным ЛП.

36. При аппендикулярном инфильтрате показана антибактериальная терапия с использованием одной из следующих схем ЛП в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов:

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

цефепим, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 1000 мг, 2000 мг, по 2 г внутривенно или внутримышечно каждые 12 часов;

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг, внутримышечно или внутривенно медленно по 2000 мг 1–2 раза в сутки 7–10 дней.

37. Пациентам с отягощенным фармакологическим анамнезом (аллергия на бета-лактамы антибактериальные ЛП, антибактериальная терапия в предыдущие 3 месяца в амбулаторных условиях) и (или) множественной сопутствующей патологией (сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, иные) назначается один из следующих ЛП:

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

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

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

пиперациллина/тазобактам, порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий (для внутривенного введения) 4000 мг/500 мг, внутривенно капельно по 4000 мг/500 мг каждые 6–8 часов в монотерапии.

38. При наличии бактериологического исследования с определением чувствительности к антибактериальным ЛП, антибактериальная терапия назначается или корректируется с учетом чувствительности высеянной микрофлоры. Коррекция антибактериальной терапии не проводится в случае положительного клинического течения и при отсутствии симптомов нарастания тяжести бактериального осложнения.

39. Инфузионная терапия и физиотерапия проводятся по медицинским показаниям.

ГЛАВА 6

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

41. Медицинское наблюдение пациентов с ОА в амбулаторных условиях осуществляет врач-хирург.

42. Медицинское наблюдение пациентов с ОА, перенесших хирургическое вмешательство, в амбулаторных условиях осуществляется на протяжении 1 месяца после выписки из больничной организации.

43. Медицинское наблюдение пациентов с ОА после консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата в амбулаторных условиях осуществляется в течение 60–90 дней с последующим направлением на плановое хирургическое вмешательство.

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