

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 перфоративной гастродуоденальной язвой в стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с перфоративной гастродуоденальной язвой (далее – ПГДЯ) в стационарных условиях (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – К25.1 Острая с прободением, К25.2 Острая с кровотечением и прободением, К25.5 Хроническая или неуточненная с прободением, К25.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением, К26.1 Острая с прободением, К26.2 Острая с кровотечением и прободением, К26.5 Хроническая или неуточненная с прободением, К26.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением, К27.1 Острая с прободением, К27.2 Острая с кровотечением и прободением, К27.5 Хроническая или неуточненная с прободением, К27.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением, К28.1 Острая с прободением, К28.2 Острая с кровотечением и прободением, К28.5 Хроническая или неуточненная с прободением, К28.6 Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением).

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 ПГДЯ относятся пациенты с повреждением стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, возникающим на месте острой или хронической язвы. Данное состояние относится к симптомокомплексу «острого живота».

5. Наличие ПГДЯ или подозрение на ПГДЯ является основанием для экстренной госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации.

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

В приемном отделении больничной организации пациента с ПГДЯ или подозрением на ПГДЯ 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 ПГДЯ 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 ПГДЯ

8. Обязательными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с ПГДЯ 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;

8.2. лабораторные методы исследования:

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

общий анализ мочи;

8.3. инструментальные методы исследования:

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

электрокардиограмма.

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

9.1. 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));

определение групп крови по системам АВ0 и Rh-фактор;

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

9.2. инструментальные методы исследования:

фиброэзофагогастроуденоскопия;

повторная обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости после фиброэзофагогастродуоденоскопии в случае отсутствия свободного газа при первой рентгенографии или рентгеноскопии брюшной полости;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

компьютерная томография органов брюшной полости;

рентгенография (рентгеноскопия) желудка с использованием водорастворимых контрастных ЛП, не всасывающихся из просвета желудочно-кишечного тракта (йогексол и иное);

рентгенография органов грудной клетки;

9.3. консультации врачей-специалистов;

9.4. иные.

10. При подозрении на ПГДЯ в случае отсутствия свободного газа в брюшной полости и при сохраняющемся подозрении на перфорацию полого органа показано выполнение диагностической лапароскопии. При отсутствии возможности выполнить лапароскопию выполняется диагностическая лапаротомия.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПГДЯ

11. Пациентам с ПГДЯ показано экстренное хирургическое вмешательство.

12. Хирургическое вмешательство при установленном диагнозе ПГДЯ выполняется в течение 2 часов с момента установки диагноза.

Медицинским противопоказанием к хирургическому вмешательству ПГДЯ является агональное состояние пациента.

13. Вид хирургического вмешательства определяется с учетом оценки общего состояния пациента, данных язвенного анамнеза, локализации язвы и характера патологических изменений тканей в зоне перфорации, наличия других осложнений язвы, распространенности и стадии перитонита.

Основными видами хирургических вмешательств являются:

ушивание перфоративной язвы;

иссечение перфоративной язвы с ушиванием дефекта стенки органа;

иссечение перфоративной язвы с пилоро- или дуоденопластикой;

резекция желудка.

14. Перед хирургическим вмешательством проводится эвакуация желудочного содержимого с помощью зонда без промывания желудка.

15. Для снижения риска контаминации брюшной полости сапрофитной флорой с целью периоперационной антибиотикопрофилактики используется 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. При хирургическом вмешательстве на тонком кишечнике дополнительно вводится метронидазол в дозе 500 мг внутривенно.

Повторное введение цефазолина необходимо 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.

16. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений перед хирургическим вмешательством назначается антикоагулянтная терапия с применением одного 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 возобновляется 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 подкожно за 2 часа до хирургического вмешательства или через 6 часов после 2500 МЕ (0,2 мл);

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.

17. Хирургическое вмешательство выполняется под общей анестезией с использованием лапароскопического или лапаротомного доступа.

18. Во время хирургического вмешательства выполняется забор содержимого брюшной полости для бактериологического исследования на микрофлору и чувствительность к антибактериальным ЛП.

19. При ушивании язвы желудка выполняется биопсия из краев язвы с последующим гистологическим исследованием.

20. Во время хирургического вмешательства для декомпрессии желудка устанавливается назогастральный зонд. По медицинским показаниям выполняется назоинтестинальная интубация и декомпрессия кишечника.

21. Обязательным элементом хирургического вмешательства является санация и дренирование брюшной полости. По медицинским показаниям проводится этапное лечение перитонита с использованием метода лапаростомии или метода программированных релапаротомий.

22. При отказе пациента от хирургического вмешательства проводится консервативное лечение по методу Taylor: строгий постельный режим, холод на живот, назогастральная интубация желудка с аспирацией его содержимого, внутривенно ингибиторы протонной помпы, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений, дезинтоксикационная терапия, парентеральное питание.

ГЛАВА 4 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПГДЯ

23. 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):

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;

парацетамол, раствор для инфузий 10 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 100 мл, повторное введение не ранее чем через 4 часа, не более 4 г в сутки.

24. 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.

25. В качестве системной антибиотикотерапии применяется один из следующих ЛП: 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.

26. У пациентов 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) применяется 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.

27. Если в раннем послеоперационном периоде на фоне проводимой антибактериальной терапии в первые 2–3 суток нарастают признаки воспалительного процесса (усиливается гипертермия, нарастает лейкоцитоз, количество отделяемого по дренажам не уменьшается или эти параметры остаются без динамики), целесообразна замена антибактериального ЛП на пиперациллин/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.

В позднем послеоперационном периоде (свыше 5 суток после проведенного хирургического вмешательства) показана замена антибактериальной терапии на один из следующих карбапенемов:

меропенем, порошок для приготовления раствора для внутривенных инъекций 1000 мг, внутривенно по 2000 мг (содержимое флакона растворяется в 50–1000 мл изотонического раствора натрия хлорида 0,9 % до конечной концентрации 1–20 мг/мл) 3 раза в сутки 7–10 дней;

имипенем/циластатин, порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг/500 мг, внутривенно капельно по 1000/1000 мг 3 раза в сутки 7–10 дней;

дорипенем, порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг, внутривенно капельно, по 500 мг (по 1000 мг при состоянии пациента, оцениваемого как «ближе к тяжелому») каждые 8 часов, 7–10 дней.

28. При наличии результатов бактериологического анализа с антибиотикограммой антибактериальная терапия назначается на основании чувствительности преимущественно антибактериальными ЛП, не входящими в группу резерва.

29. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений в послеоперационном периоде назначается антикоагулянтная терапия с применением одного 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). 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 осуществляется с применением следующих ЛП:

солевые растворы для коррекции гидроионных нарушений – 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;

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);

сбалансированные полиионные растворы с целью коррекции электролитного состава крови – меглюмина натрия сукцинат, раствор для инфузий 1,5 % 400 мл, внутривенно капельно, 90 капель в минуту, максимальная суточная доза 800 мл;

плазмозамещающие ЛП при кровопотере – 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).

32. При послеоперационной атонии желудочно-кишечного тракта для стимуляции эвакуаторной функции и моторики используется один из следующих ЛП:

метоклопрамид, раствор для инъекций, 10 мг/2 мл. Применяется внутримышечно или внутривенно в дозе 10–20 мг 1–3 раза в сутки (максимальная суточная доза 60 мг);

ондансетрон, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 2 мг/мл 2 мл, внутримышечно или внутривенно от 4 мг. Максимальная суточная доза 32 мг;

домперидон, таблетки, покрытые оболочкой 10 мг. За 15–30 минут до еды или натощак, по 1 таблетке до 3 раз в сутки, при тошноте и возможности принимать таблетированные формы;

неостигмин (при полной атонии), раствор для инъекций 0,5 мг/мл 1 мл 0,5–2 мг подкожно, 1–2 раза в сутки. Максимальная суточная доза 6 мг.

33. С целью медицинской профилактики состоятельности зоны хирургического вмешательства и пареза кишечника выполняется декомпрессия желудка через назогастральный зонд в течение 3–4 суток, далее зонд можно оставить для энтерального питания при необходимости.

34. Пациентам с целью гастропротекции назначается один из следующих ЛП, снижающих секрецию соляной кислоты:

омепразол, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг, внутривенно капельно 40 мг каждые 24 часа. По возможности осуществляется переход на пероральный прием ЛП, капсулы кишечнорастворимые 20 мг, внутрь по 20 мг каждые 12 часов натощак;

пантопразол, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 40 мг, внутривенно капельно 40 мг каждые 24 часа. По возможности осуществляется переход на пероральный прием, таблетки, покрытые оболочкой (таблетки кишечнорастворимые) 40 мг, внутрь по 40 мг каждые 24 часа;

лансопразол, капсулы кишечнорастворимые 30 мг, внутрь по 30 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды или через 2 часа после еды, при возможности приема внутрь;

ранитидин, раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения) 25 мг/мл 2 мл, внутривенно медленно (в течение 5 минут) 50 мг, в разведении 0,9 % раствором натрия хлорида или 5 % раствором декстрозы до 20 мл, при необходимости проводятся повторные введения через каждые 6–8 ч или внутривенно капельно, в течение 2 ч, при необходимости – повторное введение через 6–8 ч или внутримышечно 50 мг 3–4 раза в сутки;

фамотидин, лиофилизированный порошок для инъекций (для приготовления раствора для внутривенного введения) 20 мг, внутривенно капельно по 20 мг каждые 12 часов.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПГДЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

35. Медицинское наблюдение пациентов с ПГДЯ в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения врачом-хирургом в течение 2 месяцев после хирургического вмешательства с выполнением общего анализа крови. Далее медицинский осмотр пациента осуществляется 1 раз в год на протяжении 3 лет (при отсутствии рецидива заболевания) врачом-хирургом, врачом-гастроэнтерологом, врачом общей практики и (или) иными врачами-специалистами по профилю заболевания с учетом имеющейся сопутствующей патологии.

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