

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 травмой живота в стационарных условиях»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с травмой живота (далее – ТЖ) (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – S30.1 Ушиб стенки живота, S30.7 Множественные поверхностные травмы живота, нижней части спины и таза, S30.8 Другие поверхностные травмы живота, нижней части спины и таза, S30.9 Поверхностная травма живота, нижней части спины и таза неуточненной локализации, S31.1 Открытая рана брюшной стенки, S31.7 Множественные открытые раны живота, нижней части спины и таза, S31.8 Открытая рана другой и неуточненной части живота, S36 Травма органов брюшной полости, S37.0 Травма почки, S37.1 Травма мочеточника, S37.2 Травма мочевого пузыря, S39 Другие и неуточненные травмы живота, нижней части спины и таза).

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 ТЖ относятся пациенты с травматическим воздействием (удар, сдавление, падение с высоты и другие) на брюшную стенку (забрюшинное пространство) или подозрением на травматическое воздействие на брюшную стенку (забрюшинное пространство).

5. Выделяются следующие виды ТЖ:
закрытые и открытые;
изолированные и сочетанные;
без повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости и с их повреждением;
проникающие (при повреждении париетального листка брюшины) и непроникающие (без повреждения париетального листка брюшины).

6. Закрытые ТЖ характеризуются целостностью кожных покровов.
К закрытым ТЖ относятся:
ушиб брюшной стенки;
закрытые повреждения полых органов;
закрытые повреждения паренхиматозных органов;
закрытые повреждения полых и паренхиматозных органов;
закрытые повреждения органов забрюшинного пространства;
сочетанные повреждения.

7. К открытым ТЖ относятся следующие колото-резаные (ножевые) и огнестрельные травмы:

ранения брюшной стенки, не проникающие в брюшную полость;
проникающие ранения живота без повреждения внутренних органов;

проникающие ранения живота с повреждением внутренних органов;
проникающие торакоабдоминальные ранения.

8. Наличие ТЖ или подозрение на ТЖ в зависимости от тяжести состояния пациента является основанием для госпитализации пациента в хирургическое отделение или отделение анестезиологии и реанимации больничной организации. В случае геморрагического шока пациенты с ТЖ немедленно доставляются в операционную.

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

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

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

10. Для лечения пациентов с ТЖ 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 ТЖ

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

11.1. клинические методы исследования:

медицинский осмотр с уточнением механизма получения травмы;

общая термометрия;

подсчет частоты сердечных сокращений;

подсчет частоты дыхания;

измерение артериального давления;

аускультация легких, сердца;

пальпация и перкуссия живота;

11.2. клиничко-лабораторные исследования:

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

общий анализ мочи;

анализ крови на этанол;

11.3. инструментальные методы исследования:

обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной и брюшной полости;

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

электрокардиограмма.

12. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с ТЖ в больничной организации являются:

12.1. клинико-лабораторные исследования:

определение параметров кислотно-основного состояния;

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

определение групп крови по системам АВ0 и Rh-фактор;

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

12.2. инструментальные методы исследования:

компьютерная томография органов брюшной полости;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости и почек, иных органов;

12.3. консультации врачей-специалистов;

12.4. иные.

ГЛАВА 3 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТЖ

13. При стабильной гемодинамике, отсутствии признаков кровопотери и перитонита пациенты подлежат медицинскому наблюдению врача-хирурга.

14. Медицинскими показаниями к выполнению экстренного хирургического вмешательства (лапароскопии или лапаротомии) у пациентов с закрытой ТЖ являются клинические признаки перитонита и (или) внутрибрюшного кровотечения.

15. Медицинским показанием к выполнению экстренного хирургического вмешательства (лапаротомии) у пациентов с открытой ТЖ является установленный проникающий ее характер после первичной хирургической обработки раны и ревизии раневого канала.

16. Выбор способа и объема хирургического вмешательства при ТЖ зависит от состояния пациента, тяжести и характера повреждений органов брюшной полости.

17. При подготовке к хирургическому вмешательству предоперационная инфузионная терапия не должна превышать 2 часа, терапия включает базисные инфузионные растворы: солевые для сохранения венозного доступа и гидратационной терапии (натрия хлорид, раствор для инфузий 9 мг/мл, среднесуточная доза 1000 мл, внутривенно капельно) или растворы глюкозы, раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мг/мл, внутривенно капельно, не более 6 г/кг массы тела в сутки (при гиповолемии); сбалансированные полиионные растворы при снижении электролитов плазмы (раствор Рингера, раствор для инфузий 200 мл, 400 мл, внутривенно капельно, максимальный суточный объем 500–3000 мл в сутки или меглюмина натрия сукцинат, раствор для инфузий 1,5 % 400 мл, внутривенно капельно, 90 капель в минуту, максимальная суточная доза 800 мл.

При продолжающемся внутрибрюшном кровотечении интенсивная противошоковая терапия проводится одновременно с выполнением хирургического вмешательства в соответствии с клиническим протоколом «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2021 г. № 99.

В ходе предоперационной подготовки пациента осуществляется катетеризация мочевого пузыря.

18. Перед хирургическим вмешательством пациенту внутривенно капельно вводится цефазолин, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 100 мг, 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 до хирургического доступа. 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 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.

19. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений перед хирургическим вмешательством (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). 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. 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 за 2 часа до хирургического вмешательства, при высоком риске тромбоза – 4000 МЕ (0,4 мл) за 12 часов до хирургического вмешательства с возобновлением 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.

20. Хирургические вмешательства выполняются под местной, спинальной или общей анестезией.

21. При хирургическом вмешательстве по поводу травмы органов брюшной полости применяется универсальный доступ: средне-срединная лапаротомия. При необходимости после предварительной ревизии допускается продление кверху или книзу разреза передней брюшной стенки. При затруднении манипуляций на поврежденных правой доле печени, селезенке, глубоко расположенных отделах диафрагмы срединная лапаротомия переводится в разрез типа Рио-Бранко или Черни.

22. При выполнении хирургического вмешательства соблюдается следующая последовательность этапов: ревизия органов брюшной полости, забрюшинного пространства и диафрагмы;

временная остановка кровотечения;

интраоперационная профилактика раневого перитонита (достигается временным прекращением поступления содержимого полых органов в брюшную полость);

окончательная остановка кровотечения;

окончательное устранение источника перитонита;

дренирование (тампонирование) брюшной полости (забрюшинного пространства).

23. Хирургическая тактика Damage Control («Контроль повреждения») предусматривает выполнение на первом этапе минимального по объему хирургического

вмешательства, а после стабилизации состояния пациента – выполнение реконструктивно-восстановительного хирургического вмешательства.

24. Медицинскими показаниями к применению хирургической тактики Damage Control являются:

необходимость быстрого окончания хирургического вмешательства у пациентов с массивной кровопотерей, коагулопатией и гипотермией;

наличие источников кровотечения, которые невозможно устранить одномоментно (множественные разрывы печени, поджелудочной железы, внутритазовые гематомы с кровотечением в брюшную полость и иных);

отсутствие возможности ушить операционную рану традиционным способом.

25. При выполнении хирургического вмешательства по хирургической тактике Damage Control соблюдается следующая последовательность этапов:

проведение экстренного хирургического вмешательства с целью остановки продолжающегося кровотечения и устранения источника инфицирования брюшной полости, с последующим временным закрытием брюшной полости без натяжения (основными методами гемостаза являются: наложение кровоостанавливающих зажимов; временное шунтирование сосудов или их перевязка; использование гемостатических средств; тампонирование области брюшной полости большими полотенцами; использование сшивающих устройств (степлеров), различных гемостатических губок);

проведение комплексной противошоковой терапии в отделении анестезиологии и реанимации с целью восстановления физиологических процессов организма;

выполнение через 12–72 часа после первичной лапаротомии «окончательного» хирургического вмешательства, состоящего в большинстве случаев из удаления гемостатических тампонов, выполнения реконструктивно-восстановительных вмешательств в необходимом объеме с последующим ушиванием брюшной стенки.

26. Хирургические вмешательства при ТЖ завершаются дренированием брюшной полости.

ГЛАВА 4

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЖ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

27. При повреждениях тонкой кишки проводится ушивание кишечной раны двухрядным швом в поперечном направлении или резекция кишки с наложением анастомоза или стомированием, исходя из клинической ситуации:

при повреждениях без повреждения целостности стенки кишки (гематома, разрыв серозной и мышечной оболочек) проводится ушивание раны узловым или непрерывным серозно-мышечным швом;

при распространенном гнойном перитоните хирургическое вмешательство завершается выведением кишечной стомы.

28. Медицинскими показаниями к резекции тонкой кишки являются:

циркулярные разрывы стенки кишки;

разрывы со значительными дефектами стенки;

множественные повреждения на ограниченном участке;

размножение кишки;

нарушение кровообращения в кишке (отрыв брыжейки).

29. При повреждениях толстой кишки без повреждения целостности стенки кишки (гематома, разрыв серозной и мышечной оболочек) проводится ушивание раны узловым или непрерывным серозно-мышечным швом.

При отсутствии выраженных признаков гнойного перитонита раны, не распространяющихся на брыжеечный край кишки, подлежат ушиванию двухрядным швом. При ранах, распространяющихся на брыжеечный край кишки, а также при множественных ранах, располагающихся на одной кишечной петле, большой протяженности показана резекция поврежденного участка с последующим формированием концевой колостомы. Возможно наложение первичного или аппаратного анастомоза «конец в конец».

30. При разрывах желудка (проникающем ранении) нежизнеспособные ткани краев раны иссекаются, дефект стенки ушивается двухрядным швом, в обязательном порядке осуществляется ревизия задней стенки желудка. При разможжениях стенок и отрывах желудка от двенадцатиперстной кишки проводится его резекция в пределах здоровых тканей.

31. При проникающем повреждении двенадцатиперстной кишки выполняется ушивание раны двухрядным швом в поперечном направлении. При значительном дефекте двенадцатиперстной кишки (50–75 % окружности) с обширной зоной контузии стенки показано формирование дуоденостомы с наложением обходного гастроэнтероанастомоза и холецистэктомии с холедохостомией по Холстеду или формирование с дефектом двенадцатиперстной кишки дуоденоюноанастомоза «бок в бок» на петле по Ру.

32. При различных видах повреждения желчного пузыря показана холецистэктомия, которая при сочетании с повреждением печени дополняется холедохостомией (по Холстеду).

33. При разрывах мочевого пузыря выполняется его ушивание двухрядным швом с постановкой катетера Фолея или формированием эпицистостомы. При внебрюшинных разрывах мочевого пузыря после его ушивания выполняется дополнительное дренирование паравезикальной клетчатки по Мак-Уортеру.

ГЛАВА 5

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЖ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

34. При выявлении подкапсульных гематом почки, печени или селезенки, одиночных повреждений селезенки при отсутствии продолжающегося кровотечения, подтвержденного данными УЗИ и (или) компьютерной томографии органов брюшной полости, пациенты госпитализируются в хирургическое отделение больничных организаций межрайонного, областного или республиканского уровней для лечения по методике NOM (проведение медицинского наблюдения, гемостатической терапии, клинико-лабораторный и диагностический контроль).

35. Методика NOM может использоваться в хирургических отделениях больничных организациях межрайонного, областного или республиканского уровней при наличии в круглосуточном режиме:

возможности проведения лабораторной, УЗИ диагностики;

возможности проведения компьютерной томографии с возможностью проведения ангиографии;

доступа к препаратам крови;

анестезиолого-реанимационного обеспечения;

немедленного доступа к операционной при неэффективной попытке NOM.

36. Абсолютными медицинскими противопоказаниями к проведению методики NOM являются:

гемодинамическая нестабильность;

наличие сочетанного повреждения полых органов и крупных сосудов брюшной полости.

Относительными медицинскими противопоказаниями для методики NOM являются:

тяжелая черепно-мозговая травма;

тяжелая травма спинного мозга;

цирроз печени;

вирус иммунодефицита человека;

гематологические заболевания;

прием варфарина;

психическое расстройство (заболевание).

37. При обоснованном подозрении на продолжающееся или возобновившееся внутрибрюшное кровотечение пострадавшему показано выполнение лапароскопии или лапаротомии.

38. При ранениях и разрывах селезенки, вызванных проникающим ранением или закрытой травмой, показаны органосохраняющие технологии (ушивание разрывов с использованием пряди сальника, использование гемостатических губок и пленок, различные клеевые композиции, а также физические методы гемостаза (электрокоагуляция, лазерная и аргоноплазменная коагуляция, иные)).

39. Медицинскими показаниями к спленэктомии являются:
множественные разрывы;
глубокие разрывы в области ворот селезенки;
размозжение или отрыв ножки селезенки;
неэффективность применения органосохраняющих методов;
повреждение нескольких паренхиматозных органов или сочетающееся с повреждением полого органа.

40. Повреждения печени подразделяются на повреждения без нарушения целостности капсулы (ушиб, субкапсулярная гематома, глубокая гематома печени) и с нарушением целостности капсулы (разрыв, отрыв части органа, размозжение). Наиболее часто наблюдаются разрывы ткани печени (верхней поверхности, размозжения, подкапсульные и внутripеченочные гематомы).

Поверхностные повреждения печени (глубиной до 1–2 см) и разрывы, не сопровождающиеся кровотечением, не требуют наложения швов. Глубокие повреждения ушиваются узловыми швами, после выполнения гемостаза и лигирования желчных протоков. При размозженных ранах выполняется иссечение нежизнеспособных тканей или резекция анатомического сегмента печени. Кровоточащие сосуды и открытые желчные внутripеченочные протоки лигируются.

41. При повреждении поджелудочной железы главной целью является достижение своевременного гемостаза и адекватного дренирования зоны повреждения (забрюшинной клетчатки, сальниковой сумки и брюшной полости). Гемостаз при ранениях паренхимы железы достигается прошиванием кровоточащего сосуда, аргоноплазменной и радиоволновой коагуляцией или тампонированием. Герметизация ран поджелудочной железы осуществляется гемостатической губкой. При ранении Вирсунгова протока выполняется его наружное дренирование или резекция дистальной части поджелудочной железы с лигированием проксимального отдела протока или вирсунгоэюностомия на петле по Ру с поврежденным протоком.

42. При ранениях и разрывах почки, вызванных проникающим ранением или закрытой травмой, применяются максимально органосохраняющие технологии (ушивание разрывов, использование гемостатических губок и пленок, различные клеевые композиции, а также физических методов гемостаза).

43. Медицинскими показаниями к нефрэктомии являются:
множественные разрывы;
глубокие разрывы с повреждением лоханочной системы;
размозжение или отрыв от сосудистой ножки;
неэффективность применения органосохраняющих методов.

ГЛАВА 6

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЖ

44. В послеоперационном периоде в зависимости от тяжести состояния пациента с ТЖ проводится лечение в отделении анестезиологии и реанимации и (или) хирургическом отделении.

45. По медицинским показаниям пациентам с ТЖ назначаются:
экстренная профилактика столбняка;
антибиотикотерапия при наличии признаков внутripеритонеальной инфекции.

46. 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; суппозитории ректальные, 100 мг, в прямую кишку по 1 суппозиторию, 1 или 2 раза в сутки; при восстановлении пассажа по желудочно-кишечному тракту (далее – ЖКТ) возможен переход на пероральные формы (таблетки, покрытые оболочкой 100 мг, внутрь по 1 таблетке 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; суппозитории ректальные 50 мг и 100 мг, по 1 суппозиторию в прямую кишку, не более 150 мг в сутки; при восстановлении пассажа по ЖКТ возможен переход на пероральные формы (таблетки, покрытые оболочкой 50 мг, капсулы пролонгированного действия 75 мг, внутрь суммарная суточная доза, разделенная на 2–3 приема, не должна превышать 150 мг);

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; при восстановлении пассажа по ЖКТ возможен переход на пероральные формы (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, 8 мг внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг; при восстановлении пассажа по ЖКТ возможен переход на пероральные формы (таблетки, покрытые оболочкой 4 мг и 8 мг, суточная доза составляет 8–16 мг, разделенные на 2–3 приема. Максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг).

47. У пациентов без отягощенного фармакологического анамнеза (не принимавших антибактериальную терапию в амбулаторных условиях и не находившихся на лечении в стационарных условиях последние 3 месяца) используется один из следующих ЛП:

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 внутримышечно или внутривенно каждые 12 часов или 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 или в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов.

48. 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.

49. 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 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.

50. При наличии признаков внутрибольничной инфекции показана замена антибактериальной терапии на один из следующих антибактериальных ЛП:

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 4 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;

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

51. С целью медицинской профилактики тромбоза 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). 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.

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

53. При электролитном отклонении по результатам биохимического анализа крови проводится коррекция дисметаболических и гидроионных нарушений следующими ЛП:

солевые растворы для коррекции гидроионных – 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;

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.

ГЛАВА 7 МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЖ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

55. Медицинское наблюдение пациентов с ТЖ в амбулаторных условиях осуществляют врач-хирург и иные врачи-специалисты по профилю заболевания с учетом имеющейся сопутствующей патологии в зависимости от тяжести ТЖ сроком до 6 месяцев.

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