

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 острыми гастродуоденальными кровотечениями в стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с острыми гастродуоденальными кровотечениями (далее – ОГДК) в стационарных условиях (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – I85.0 Варикозное расширение вен пищевода с кровотечением, I86.4 Варикозное расширение вен желудка, K25.0 Острая с кровотечением, K25.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением, K26.0 Острая с кровотечением, K26.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением, K27.0 Острая с кровотечением, K27.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением, K28.0 Острая с кровотечением, K28.4 Хроническая или неуточненная с кровотечением).

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 ОГДК относятся пациенты с клиническими признаками гастродуоденального кровотечения или подозрением на ОГДК.

5. Клинические признаки ОГДК являются основанием для госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации.

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

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

6. При оценке степени тяжести состояния пациента учитываются результаты комплексной оценки клинических и лабораторных показателей, характеризующих объем кровопотери, данные об интенсивности и продолжительности кровопотери, особенности индивидуальной реакции организма пациента на потерю крови, наличие фоновых и сопутствующих заболеваний.

7. При определении степени тяжести состояния пациента в зависимости от кровопотери на основе клинико-лабораторных критериев выделяются следующие степени кровопотери:

7.1. 1 степень (легкая):

объем кровопотери – до 500 мл;

дефицит объема циркулирующей крови (далее – ОЦК) составляет менее 15 %;

частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – до 100 ударов в минуту;

систолическое артериальное давление (далее – АД) – выше 100 мм рт. ст.;

уровень гемоглобина – более 100 г/л;

уровень гематокрита – более 40 %;

количество эритроцитов – более 3,5 млн. /мл;

7.2. 2 степень (средней тяжести):

объем кровопотери – 500–1500 мл;

дефицит ОЦК – 15–25 %;

ЧСС – 100–120 ударов в минуту;

систолическое АД – 90–100 мм рт. ст.;

уровень гемоглобина – 80–100 г/л;

уровень гематокрита – 30–40 %;

количество эритроцитов – 2–3,5 млн. /мл;

7.3. 3 степень (тяжелая):

объем кровопотери – более 1500 мл;

дефицит ОЦК – более 25 %;

ЧСС – более 120 ударов в минуту;

систолическое АД – менее 90 мм рт. ст.;

уровень гемоглобина – менее 80 г/л;

уровень гематокрита – менее 30 %;

количество эритроцитов – менее 2 млн. /мл.

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

9. Для лечения пациентов с ОГДК 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 ОГДК

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

10.1. клинические методы исследования:

медицинский осмотр;

общая термометрия;

подсчет ЧСС;

подсчет частоты дыхания;

измерение АД;

аускультация сердца, легких;

пальпация и перкуссия живота;

пальцевое ректальное исследование;

10.2. лабораторные методы исследования:

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

определение групп крови по системам АВ0 и Rh-фактор;

10.3. инструментальные методы исследования:

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭГДС);

электрокардиограмма.

11. ЭГДС пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки является основным диагностическим методом при распознавании источника и прогнозировании результатов лечения ОГДК.

ЭГДС выполняется в экстренном порядке пациентам:

в состоянии легкой или средней степени тяжести в эндоскопическом кабинете (отделении);

при тяжелой кровопотере и (или) в тяжелом состоянии в операционной или отделении анестезиологии и реанимации.

Повторная ЭГДС проводится по медицинским показаниям.

12. Эндоскопические критерии кровотечения из язвы классифицируются по шкале Forrest согласно приложению.

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с ОГДК в больничной организации являются:

13.1. 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));

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

13.2. инструментальные методы исследования:

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

рентгенография органов грудной клетки;

рентгенография или рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки;

компьютерная томография органов брюшной полости;

многофазная спиральная или мультidetекторная компьютерная томография при подозрении на вирусногеморрагию, гемобилию, кровотечение из варикозных вен желудка и (или) рецидивирующее кровотечение из нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки и дуоденоеюнального перехода;

13.3. консультации врачей-специалистов;

13.4. иное.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОГДК

14. Лечение пациентов с ОГДК по медицинским показаниям начинается в приемном отделении больничной организации с консервативной инфузионной и трансфузионной (при уровне гемоглобина менее 70 г/л) терапии параллельно с обследованием пациента.

При поступлении в больничную организацию пациента с тяжелой кровопотерей и (или) в тяжелом состоянии реанимационные мероприятия, интенсивная и трансфузионная терапия проводятся в операционной 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.

15. Методами эндоскопического гемостаза являются:

местное применение сосудосуживающих ЛП и склерозантов (лауромакрогол, этанол);

коагуляционный гемостаз (электрокоагуляция, фотокоагуляция, криокоагуляция);

механический гемостаз различными видами клипс.

Пациентам с высокой степенью операционного риска и (или) при декомпенсации функций жизненно важных органов и систем, и (или) при тяжелых сопутствующих и фоновых заболеваниях показан повторный эндоскопический гемостаз.

16. Методы, объем лечения определяются в соответствии с установленной причиной кровотечения, локализацией источника кровотечения и включают:

16.1. установку зонда Сенгстакена-Блэкмора в соответствии с инструкцией по применению при кровотечении из варикозных вен пищевода и кардиального отдела желудка длительностью до 12 часов;

16.2. гемостатическую и заместительную терапию при продолжающемся кровотечении и для медицинской профилактики рецидива в первые сутки после достижения гемостаза одним из следующих ЛП:

транексамовая кислота, раствор для внутривенного введения 50 мг/мл, 5 мл или 20 мл, по 1 г внутривенно капельно или струйно медленно (1 мл в минуту) каждые 6–8 часов;

аминокапроновая кислота, раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мл или 250 мл, внутривенно капельно со скоростью 50–60 капель в минуту, в течение первого часа вводится до 5 г, затем по 1 г в час до полной остановки кровотечения, не более 8 часов. В случае рецидива кровотечения вводится повторно через 4 часа после окончания последней инфузии;

этамзилат, раствор для инъекций 125 мг/мл, 2 мл, внутривенно или внутримышечно по 10–20 мг/кг в сутки, разделенные на 3–4 введения. Чаще всего 1–2 ампулы каждые 6 часов;

кальция глюконат, раствор для инъекций 100 мг/мл, 5 мл или 10 мл, внутривенно медленно или капельно по 5–10 мл каждые 24 часа, под контролем уровня кальция в крови.

При неэффективности проводимой терапии назначается свежемороженая плазма внутривенно капельно (из расчета 10–15 мл на 1 кг массы тела);

16.3. инфузионную терапию:

солевые растворы – 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 для коррекции гидроионных нарушений;

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

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

введение альбумина (50 мг/мл, 100 мг/мл, 200 мг/мл) 1–2 мл/кг раствора с концентрацией 100 мг/мл внутривенно капельно, ежедневно или через день до момента достижения требуемых показателей при снижении уровня альбумина более чем на 20 % от референтного значения.

17. При кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка дополнительно назначается октреотид (раствор для инъекций 100 мкг/мл 1 мл или раствор для инъекций 50 мкг/мл 1 мл) для длительного внутривенного введения (в течение 5 дней) 25–50 мкг в час.

18. Эндovasкулярное лечение в объеме эмболизации ветвей гастродуоденальной, селезеночной, печеночной артерии, коронарной и ретрогастральных варикозных вен, установки внутрипеченочного портосистемного шунта выполняется по медицинским показаниям в больничных организациях врачами-специалистами рентгенэндovasкулярных кабинетов (отделений).

19. Продолжающееся кровотечение и (или) неэффективность эндоскопического гемостаза являются медицинским показанием к экстренному хирургическому вмешательству.

Медицинским показанием к неотложному хирургическому вмешательству является риск рецидива кровотечения из хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ЭГДС и клинической картины.

20. В зависимости от выявленной патологии, источника кровотечения, состояния пациента, степени операционного риска выделяются следующие виды хирургического вмешательства:

гастротомия: прошивание сосуда в язве; иссечение язвы; гастропластика; пилороластика; резекция желудка; гастрэктомия и иные (при язвах желудка);

дуоденотомия: прошивание сосуда на протяжении и (или) в язве; иссечение язвы; дуоденоластика; пилороластика; резекция желудка и иные (при язве двенадцатиперстной кишки);

эндоскопический гемостаз: эндovasкулярное лечение (эмболизация левой желудочной артерии); тампонада с помощью пищеводного зонда (при синдроме Мэллори-Вейсса);

гастротомия с прошиванием места кровотечения и ушиванием разрыва (при продолжающемся кровотечении);

эндovasкулярное лечение (в организациях здравоохранения межрайонного, областного и республиканского уровней) (при выявленной гемобилии, вирсунгоррагии по данным ЭГДС (кровотечение из фатерова соска), УЗИ ОБП, мультиспиральной компьютерной томографии и (или) ангиографии, при неэффективности консервативного лечения или при формировании ложной аневризмы печеночной артерии, дренирующейся в желчное дерево).

21. При продолжающемся по данным ЭГДС кровотечении и рецидиве кровотечения из варикозных вен дна желудка выделяются следующие виды хирургического вмешательства:

21.1. лигирование варикозных вен пищевода и желудка или экстренное склерозирование одним из следующих ЛП:

лауромакрогол 400, раствор для инъекций 5 мг/мл в ампулах 2 мл, 10 мг/мл в ампулах 2 мл, 30 мг/мл в ампулах 2 мл, введение ЛП проводится в толщу стенки пищевода, желудка и кишки, интравазально и (или) паравазально;

этанол, раствор 70 %, введение 1 мл ЛП проводится паравазально в толщу стенки пищевода, желудка или кишки;

21.2. гастротомия с прошиванием вен желудка у пациентов с циррозом в стадии компенсации и (или) с привлечением врача-специалиста организации здравоохранения областного и (или) республиканского уровней, резекция дна желудка;

21.3. спленэктомия у пациентов с подпеченочной формой портальной гипертензии (в организациях здравоохранения межрайонного, областного и республиканского уровней);

21.4. эмболизация селезеночной артерии (в организациях здравоохранения межрайонного, областного и республиканского уровней).

22. При рецидиве кровотечения из варикозных вен пищевода и кардиального отдела желудка выделяются следующие виды хирургических вмешательств:

экстренное склерозирование (химическая коагуляция, например, лауромакрогол или этанол) или лигирование варикозных вен пищевода;

повторная установка зонда Сенгстакена-Блэкмора длительностью до 12 часов;

повторное эндоскопическое лечение;

установка внутрипеченочного портосистемного шунта (в организациях здравоохранения областного и республиканского уровней).

23. При хирургических вмешательствах на органах желудочно-кишечного тракта используется цефазолин, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг или 1000 мг, в дозе 2,0 г внутривенно (при весе пациента менее 120 кг) и в дозе 3,0 г внутривенно (при весе пациента 120 кг и более), вводится внутривенно за 60 минут до хирургического доступа, если время пропущено, допускается введение за 30–60 минут.

Повторное введение антибактериального ЛП необходимо при длительности хирургического вмешательства более 4 часов (при нормальной почечной функции) и при массивной интраоперационной кровопотере более 1,5 литров.

24. Хирургическое вмешательство выполняется под общей анестезией с использованием лапаротомии или лапароскопического доступа.

25. Назначение антикоагулянтов и дезагрегантов, требуемое сопутствующей или иной патологией после купирования кровотечения любым из методов (эндоскопический, консервативный, хирургический, эндоваскулярный), осуществляется индивидуально по медицинским показаниям.

ГЛАВА 4 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОГДК

26. В послеоперационном периоде пациентам с ОГДК по медицинским показаниям отменяются антикоагулянты (дабигатран, ривароксабан, варфарин, нефракционированный и низкомолекулярные гепарины) и дезагреганты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, тикагрелор).

27. В послеоперационном периоде преимущественно в режиме «по требованию» в инъекционной форме для обезболивания применяется один из следующих ЛП (при неэффективности нестероидных противовоспалительных ЛП после обширного хирургического вмешательства возможно использование опиоидных анальгетиков):

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 4,0 г в сутки;

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.

28. По медицинским показаниям в послеоперационном периоде пациентам с ОГДК назначается зондовое энтеральное питание, парентеральное питание или сиппинг.

29. В послеоперационном периоде пациентам с ОГДК назначается обязательная гастропротективная терапия с применением одного из следующих ЛП:

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

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

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 часов или внутривенно капельно, в течение 2 часов, при необходимости – повторное введение через 6–8 часов 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.

30. При подтверждении инфекции *Helicobacter pylori* показано назначение одного из видов эрадикационной терапии:

тройная терапия: ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в сутки в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллином 1000 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды 14 дней;

квадротерапия: висмута субцитрат по 120 мг внутрь за 30 минут до еды каждые 6 часов, ингибиторы протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в сутки, тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки за 30 минут до еды, метронидазол 500 мг 3 раза в сутки во время еды 14 дней.

При наличии технической возможности проводится определение индивидуальной чувствительности *Helicobacter pylori* к кларитромицину до начала эрадикационной терапии.

ГЛАВА 5 МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОГДК В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

32. Медицинское наблюдение пациентов с ОГДК в амбулаторных условиях после консервативного или хирургического лечения без резекции зоны кровотечения (прошивание сосуда в язве, эндоскопический гемостаз, эндоваскулярное лечение, другое) осуществляют врач-хирург, врач общей практики и (или) иные врачи-специалисты по профилю заболевания с учетом имеющейся сопутствующей патологии ежегодно на протяжении 3 лет (при отсутствии рецидива заболевания).

33. Диагностические исследования и кратность их проведения в течение первого года и последующих лет медицинского наблюдения назначаются по медицинским показаниям.

34. Медицинское наблюдение пациентов с ОГДК, перенесших хирургическое лечение с резекцией зоны кровотечения в амбулаторных условиях в течение 2 месяцев после хирургического лечения осуществляется врачом-хирургом с выполнением общего анализа крови.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(взрослое население) с острыми
гастроудоденальными кровотечениями
в стационарных условиях»

Шкала Forrest

№ п/п	Стадия	Визуальная картина
1	Ia	Струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение
2	Ib	Потоковое, не активное продолжающееся кровотечение
3	IIa	Видимый тромбированный сосуд
4	IIb	Фиксированный тромб-сгусток
5	IIc	Геморрагическое пропитывание дна язвы, солянокислый гематин на дне язвы в виде полиморфных черных пятен
6	III	Чистое дно язвы, под фибрином, отсутствие прямых визуальных признаков

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2023 № 182

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

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

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам с закрытой травмой грудной клетки (далее – ЗТГК) в стационарных условиях (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – S20–S29 Травмы грудной клетки).

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 ЗТГК относятся пациенты с травматическим воздействием (удар, сдавление, падение с высоты) на грудную клетку или подозрением на травматическое воздействие на грудную клетку.

5. ЗТГК характеризуются развитием различной степени тяжести потенциально опасных для жизни нарушений:

респираторных с развитием вентиляционной и гипоксемической острыми дыхательными недостаточностями;