

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 острой
кишечной непроходимостью в стационарных условиях»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью (далее – ОКН) в стационарных условиях (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K56 Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи).

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», а также следующий термин и его определение:

ОКН – синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишкам вследствие механического препятствия или недостаточности двигательной функции кишки.

4. Выделяются следующие формы ОКН:

4.1. механическая:

странгуляционная (нарушение кровоснабжения кишки в месте нарушения пассажа. Встречается при завороте и узлообразовании, ущемлении, спайках брюшной полости, инвагинации. Клиническая картина характеризуется тяжелым течением и быстрым развитием осложнений – некроза кишки и перитонита. Наиболее характерны: острое начало, жестокий болевой синдром постоянного характера, ослабление или отсутствие перистальтики, тахикардия, иногда лихорадка и быстрое ухудшение общего состояния пациента);

обтурационная (нарушение пассажа по различным отделам кишечника без нарушения его кровоснабжения. Чаще всего причиной такой формы являются опухоли, спайки брюшной полости, желчные камни, безоары);

4.2. динамическая:

паралитическая (развивается на основе пареза кишечника при воспалительных внутрибрюшных патологиях (перитонит, язвенный колит), метаболических нарушениях (уремия, сахарный диабет, гипотиреоз, гипокалиемия, нарушение обмена Ca^{++} , Mg^{++}));

спастическая (может возникнуть при органических спинальных нарушениях, передозировке лекарственных препаратов (далее – ЛП) (опиоидов, холинолитиков, психотропных, антигистаминных ЛП)).

5. Выделяются следующие уровни ОКН:

5.1. тонкокишечная:

высокая (большие потери желудочного, панкреатического секрета, желчи вследствие обильной многократной рвоты и быстрое развитие водно-электролитных нарушений (гипогидратации, метаболического алкалоза, гипокалиемии, гипохлоремии, гипонатриемии). При этом отсутствуют выраженное вздутие живота и типичные рентгенологические симптомы ОКН. В течение некоторого времени еще может отмечаться отхождение газов и наличие стула);

низкая (выявляются признаки нарушения пассажа по тонкой кишке (болевой синдром, чаще приступообразного характера), отмечается выраженное вздутие живота, при этом рвота встречается реже, и быстро прогрессируют явления эндотоксикоза);

5.2. толстокишечная:

правосторонняя;

левосторонняя.

6. Классификация острой толстокишечной непроходимости (далее – ОТКН) опухолевой этиологии в зависимости от степени компенсации:

6.1. компенсированная ОТКН (периодически возникающая задержка стула и затруднение отхождения газов; на обзорной рентгенограмме брюшной полости может выявляться пневматизация толстой кишки с единичными уровнями жидкости в ней);

6.2. субкомпенсированная ОТКН (задержка стула и газов менее 3 суток, на обзорной рентгенограмме брюшной полости определяются пневматизация и чаши Клойбера – горизонтальные уровни жидкости с куполообразным просветлением (газом) над ними; отсутствуют признаки полиогранной дисфункции);

6.3. декомпенсированная ОТКН (задержка стула и газов более 3 суток; рентгенологические признаки как толстокишечной, так и тонкокишечной непроходимости с локализацией тонкокишечных уровней и арок во всех отделах брюшной полости; рвота застойным содержимым; наличие органных дисфункций).

7. Пациенты с подозрением на ОКН госпитализируются в хирургическое отделение больничной организации.

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

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

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

9. Для лечения пациентов с ОКН рекомендованы базовые схемы фармакотерапии заболеваний, включающие основные фармакотерапевтические группы 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 ОКН

10. Обязательными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам при подозрении на ОКН в приемном отделении больничной организации являются:

10.1. 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;

10.2. лабораторные методы исследования:

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

общий анализ мочи;

10.3. инструментальные методы исследования:

обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей;

электрокардиограмма (пациентам в возрасте 40 лет и старше).

11. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам при подозрении на ОКН в приемном отделении больничной организации являются:

11.1. 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));

11.2. инструментальные методы исследования:

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

компьютерная томография органов брюшной полости;

11.3. консультации врачей-специалистов;

11.4. иные.

12. Обязательными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам при подозрении на ОКН 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 ОКН или разрешения явлений кишечной непроходимости;

повторный общий анализ крови (определение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гематокрита, содержания гемоглобина, подсчет лейкоцитарной формулы) (каждые 6–9 часов);

зондирование желудка (кратность и длительность зондирования определяется лечащим врачом индивидуально) с целью оценки количества и характера отделяемого.

13. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам при подозрении на ОКН в хирургическом отделении больничной организации являются:

13.1. клинико-лабораторные исследования:

повторный 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 фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени, протромбированного времени, международного нормализованного отношения;

повторный общий анализ мочи;

13.2. инструментальные исследования:

электрокардиограмма;

эзофагогастродуоденоскопия;

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

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

колоноскопия;

диагностическая лапароскопия;

экстренная ирригоскопия;

двухбаллонная энтероскопия;

контроль пассажа контрастного вещества по кишечнику (за исключением толстокишечной непроходимости, частота определяется лечащим врачом индивидуально);

13.3. консультации врачей-специалистов;

13.4. иные.

14. Спаечная ОКН у пациентов, неоднократно подвергшихся хирургическим вмешательствам, без явлений перитонита является медицинским показанием к проведению исследований с пероральным приемом контрастного вещества (водорастворимого или взвеси сульфата бария). При спаечной ОКН первая контрольная рентгенография выполняется через 6–8 часов, далее – по медицинским показаниям. При подозрении на высокую ОКН рекомендовано выполнение обзорной рентгенографии органов брюшной полости через 2–3 часа после контрастирования.

ГЛАВА 3 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОКН

15. Планируемым результатом консервативного лечения является ликвидация симптомов ОКН.

16. Консервативное лечение пациентов с ОКН включает:

16.1. адекватную аналгезию и (или) паранефральную блокаду с использованием ЛП: лидокаин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; 20 мг/мл 2 мл, 10 мл, однократное или постоянное введение анестетика через эпидуральный катетер 150–500 мг анестетика;

бупивакаин раствор для интратекального введения 5 мг/мл 4 мл (гипербарический), однократное или постоянное введение анестетика через эпидуральный катетер 37,5–225 мг анестетика +/- эпинефрин 5 мкг/мл (1:200000);

прокаин, раствор для инъекций 2,5 мг/мл, 5 мг/мл, 10 мг/мл, в паранефральную клетчатку 250–400 мг прокаина однократно;

16.2. постоянную декомпрессию верхних отделов пищеварительного тракта через назогастральный зонд или интестинальный зонд, заведенный за связку Трейца при помощи эндоскопа;

16.3. постановку катетера в мочевой пузырь;

16.4. проведение сифонных клизм по медицинским показаниям.

17. Пациентам с ОКН осуществляется парентеральное введение:

17.1. одного из следующих спазмолитических ЛП:

папаверин, раствор для инъекций 20 мг/мл, подкожно, внутримышечно по 20–40 мг 2–4 раза в сутки; внутривенно, медленно 20 мг с предварительным разведением в 10–20 мл 0,9 % раствора натрия хлорида;

дротаверин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл. Применяется внутримышечно или внутривенно. Средняя суточная доза составляет 40–240 мг, разделенная на 1–3 дозы в сутки;

17.2. одного из следующих ЛП, стимулирующих кишечную моторику (при атонии):

метоклопрамид, раствор для инъекций 5 мг/мл 2 мл, внутримышечно или внутривенно в дозе 10–20 мг 1–3 раза в сутки (максимальная суточная доза – 60 мг);

неостигмин, раствор для инъекций 0,5 мг/мл 1 мл, подкожно взрослым 0,5–2 мг 1–2 раза в сутки. Максимальная разовая доза 2 мг, суточная – 6 мг. 0,25 мл подкожно, каждые 4–6 часов при послеоперационной атонии;

17.3. одного из следующих антибактериальных ЛП при наличии признаков внутрибрюшной инфекции (у пациентов без отягощенного фармакологического анамнеза (не принимавших антибактериальную терапию в амбулаторных условиях и не находившихся на лечении в стационарных условиях последние 3 месяца)):

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;

эртапенем, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инфузий) 1000 мг, внутривенно капельно по 1,0 г каждые 24 часа;

при аллергии на бета-лактамы – ципрофлоксацин, раствор для инфузий 2 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 400 мг 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.

18. Пациентам с отягощенным фармакологическим анамнезом и (или) множественной сопутствующей патологией (сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, иные) назначается один из следующих ЛП:

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;

эртапенем, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инфузий) 1000 мг, внутривенно капельно по 1,0 г каждые 24 часа;

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.

19. При тяжелом течении или при наличии признаков внутрибольничной инфекции стартовым антибактериальным ЛП является один из следующих 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.

Применение ЛП, указанных в части первой настоящего пункта, возможно, при наличии медицинских показаний, в сочетании с колистином, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (и ингаляций) 1000000 МЕ, 2000000 МЕ, 3000000, 4500000 МЕ (нагрузочная доза 9–12 млн ЕД внутривенно однократно, затем через 12 ч по 4000000–6000000 млн ЕД каждые 12 ч, внутривенно).

ГЛАВА 4 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОКН

20. Планируемым результатом хирургического лечения является ликвидация механической преграды, вызывающей ОКН, и восстановление пассажа по кишечнику.

21. Медицинскими показаниями к экстренному хирургическому вмешательству после поступления пациента в хирургическое отделение больничной организации являются:

установленный диагноз странгуляционная ОКН;

признаки неразрешающейся непроходимости (сохранение или рецидив болей в животе, рвоты);

появление мышечного напряжения передней брюшной стенки, свободной жидкости в брюшной полости при компьютерной томографии или УЗИ;

зондовое отделяемое более 500 мл в сутки или появление кишечного содержимого по зонду;

отсутствие динамики продвижения контрастного вещества по тонкой кишке и поступления его в толстую кишку.

22. Перед хирургическим вмешательством 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.

23. С целью медицинской профилактики тромбоза легочной артерии и тромботических осложнений перед хирургическим вмешательством назначается 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 МЕ анти-Ха 0,2 мл (4000 МЕ анти-Ха 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 возобновить 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 5000 МЕ/мл 5 мл. По 5000 МЕ подкожно каждые 8 часов.

24. Устранение причины ОКН осуществляется наименее травматичным способом с четким определением конкретных медицинских показаний к использованию различных методов:

рассечение спаек;

резекция измененной кишки;

устранение заворотов, инвагинаций, узлообразований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке или неразделимом тонкокишечном конгломерате.

25. При переполнении кишечных петель содержимым показана декомпрессия тонкой и толстой кишок по назоинтестинальному или трансанальному зонду, или через энтеростому наружу, или в удаляемый отрезок кишки.

26. При определении жизнеспособности кишки в зоне механического препятствия и определении медицинских показаний к ее резекции используются визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки местного анестетика. Возможно также использование объективных методов оценки кровоснабжения (доплерометрия, оксиметрия и иные).

27. При решении вопроса о границах резекции кишки следует отступать от видимых нарушений кровоснабжения кишечной стенки в сторону приводящего отдела 20–40 см и в сторону отводящего отдела 5–10 см при длительности заболевания до 1 суток. При большей длительности заболевания и значительном расширении приводящего отдела кишки показано расширение объема резекции кишки. Исключение составляют резекции вблизи связки Трейца, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения.

28. При отсутствии выраженного перитонита после резекции тонкой кишки возможно формирование межкишечного анастомоза «конец в конец», «конец в бок» или «бок в бок». При резекции тонкой кишки вблизи илеоцекального угла предпочтительно хирургическое вмешательство завершать формированием анастомоза «конец в бок» между оставшимся отрезком тонкой кишки и слепой или восходящей кишкой (энтероцеко- или энтероасцендоанастомоз). В таких ситуациях предварительно выполняется аппендэктомия.

29. Завершение хирургического вмешательства формированием временной концевой энтеростомы показано при сомнениях в качестве межкишечного анастомоза.

30. При острой спаечной тонкокишечной непроходимости и наличии спаечных конгломератов, разделение которых невозможно без повреждения кишки, допустимо

выполнение резекции конгломерата без манипуляций на измененной кишке или формирование над конгломератом временной петлевой энтеростомы.

31. После обширной резекции тонкой кишки (когда остается только 1–1,5 метра тощей кишки) и при отсутствии перитонита предпочтительно наложение энтероцеко- или энтероасцендоанастомоза для предотвращения быстрой декомпенсации состояния пациента.

32. Дренирование (интубация) тонкой кишки может применяться при наличии разлитого перитонита, после висцеролиза при выраженном спаечном процессе в брюшной полости;

33. При узлообразовании кишечника расправление узла проводится в исключительных случаях: при небольшом сроке от начала заболевания (до 4 часов) и явной жизнеспособности органа. При сомнении в жизнеспособности кишки выполняется резекция петель кишок, участвующих в узлообразовании.

34. При желчнокаменной непроходимости извлечение камня осуществляется через энтеротомию на участке кишки, который не имеет выраженных трофических изменений стенок. Разрез и ушивание энтеротомной раны проводится в поперечном направлении. Раздавливание и низведение желчных камней в слепую кишку не выполняется ввиду травматичности манипуляции. Не рекомендуются и одновременные хирургические вмешательства на желчном пузыре и области желчно-кишечного свища. При обтурации безоарами проводится их фрагментация и низведение в слепую кишку. При невозможности выполняется энтеротомия с извлечением образований.

35. При левосторонней или правосторонней ОТКН опухолевой этиологии в стадии компенсации или субкомпенсации в хирургическом отделении больничной организации возможно применение следующих методов:

35.1. лечебно-диагностическая колоноскопия (при наличии оборудования и подготовленных врачей-специалистов) с попыткой проведения дренажной трубки;

35.2. постановка саморасширяющегося стента в зону стенозирующей опухоли (при наличии оборудования и подготовленных врачей-специалистов, при левосторонней ОТКН);

35.3. лазерная реканализация опухоли (при наличии оборудования и подготовленных врачей-специалистов, при левосторонней ОТКН).

36. При декомпенсированной ОТКН опухолевой этиологии, неэффективности или невозможности применения методов, указанных в пункте 35 главы 4 настоящего клинического протокола, выполняется формирование проксимальной петлевой стомы (в том числе с применением лапароскопии).

37. После устранения явлений кишечной непроходимости пациенты с ОТКН опухолевой этиологии для получения специализированной медицинской помощи направляются в структурное подразделение больничной организации или больничную организацию, оказывающие онкологическую медицинскую помощь.

38. При заворотах сигмовидной кишки без некроза рекомендуется выполнять:

эндоскопическую деторсию заворота с трансанальной интубацией сигмовидной кишки газоотводной трубкой (организации здравоохранения областного и республиканского уровней);

резекцию сигмы с формированием колостомы или с первичным колоректальным анастомозом;

лапаротомию, деторсию заворота с трансанальной интубацией сигмовидной кишки газоотводной трубкой;

резекцию по типу операции Гартмана с выведением концевой сигмостомы при заворотах сигмовидной кишки с некрозом;

цекопексию, цекостомию или илеоцекальную резекцию при илеоцекальных заворотах в зависимости от жизнеспособности кишки.

39. При лечении инвагинации кишки интраоперационно проводится попытка дезинвагинации, которая заключается в осторожном проталкивании головки инвагината в проксимальном направлении. Недопустимо вытягивать внедрившийся проксимальный

участок кишки. После оценки жизнеспособности кишки решается вопрос о ее резекции. При неудачной попытке дезинвагинации, наличии некроза или органической причины инвагинации выполняется резекция кишки.

40. При интраоперационном обнаружении в брюшной полости выпота (гноя) выполняется бактериологическое исследование данного выпота (гноя) с определением чувствительности к антибактериальным ЛП.

41. Возможными осложнениями после хирургического вмешательства по поводу ОКН являются:

- кровотечение из послеоперационной раны;
- нагноение раны;
- несостоятельность швов межкишечных анастомозов;
- межкишечные абсцессы;
- ранняя динамическая ОКН;
- ранняя спаечная послеоперационная ОКН;
- внутрибрюшные кровотечения.

ГЛАВА 5 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОКН

42. В послеоперационном периоде пациентам с ОКН показаны:

- обезболивание;
- антибиотикотерапия ЛП широкого спектра;
- антикоагулянтная терапия (гепарин или низкомолекулярные гепарины);
- инфузионная терапия для коррекции метаболических нарушений;
- гастропротективная терапия;
- парентеральное питание (со вторых суток послеоперационного периода и до момента перехода на самостоятельное пероральное естественное или энтеральное питание полуэлементными смесями. Энтеральное питание начинается с введения в интестинальный зонд глюкозо-электролитных и питательных смесей. Зонд извлекается после восстановления устойчивой перистальтики и самостоятельного стула на 3–4 сутки и начинается естественное пероральное питание. Зонд, введенный в кишку с каркасной целью при спаечной ОКН, удаляется на 4–6 сутки).

43. 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).

44. 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, таблетки или капсулы 50 мг; внутримышечно, внутривенно или подкожно по 50–100 мг, максимальная суточная доза 400 мг. Повторное введение возможно не ранее, чем через 30 минут.

45. Возможно проведение перидуральной анальгезии одним из следующих ЛП:

лидокаин, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 2 мл, 5 мл, 10 мл; 20 мг/мл 2 мл, 10 мл, однократное или постоянное введение анестетика через эпидуральный катетер 150–500 мг анестетика;

бупивакаина, раствор для интратекального введения 5 мг/мл 4 мл (гипербарический), однократное или постоянное введение анестетика через эпидуральный катетер 37,5–225 мг анестетика +/- эпинефрин 5 мкг/мл (1:200000).

46. 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 (1,2 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 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.

47. Пациентам с отягощенным фармакологическим анамнезом 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.

48. При наличии признаков внутрибольничной инфекции стартовым антибактериальным ЛП является один из следующих 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 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.

49. 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.

50. С целью медицинской профилактики тромбоза легочной артерии и тромботических осложнений в послеоперационном периоде назначается 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 МЕ анти-Ха 0,2 мл (4000 МЕ анти-Ха 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 через 6 часов после хирургического вмешательства 2500 МЕ (0,2 мл). С профилактической целью вводится подкожно 2500 МЕ (0,2 мл) 1 раз в сутки;

гепарин, раствор для внутривенного и подкожного введения 5000 МЕ/мл 5 мл. По 5000 МЕ подкожно каждые 8 часов.

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.

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

52. Гастропротективная терапия проводится в обязательном порядке с использованием 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 переход на пероральный прием (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 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 проводится повторное введение 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.

ГЛАВА 6 МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОКН В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

54. Медицинское наблюдение пациентов с ОКН в амбулаторных условиях осуществляет врач-хирург на протяжении 3 месяцев после выписки из больницы организации (при отсутствии рецидива заболевания) с выполнением общего анализа крови.

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