

УТВЕРЖДЕНО  
Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
01.06.2017 №

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
«Диагностика и лечение  
пациентов (взрослое население) с  
прободной язвой желудка,  
прободной язвой  
двенадцатиперстной кишки при  
оказании медицинской помощи в  
стационарных условиях»

ГЛАВА 1  
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с прободной язвой желудка (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – К25), прободной язвой двенадцатиперстной кишки (шифр по МКБ-10 – К26).

2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

3. Для целей настоящего Клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. Наличие перфоративной гастродуоденальной язвы, в том числе прикрытой, является абсолютным медицинским показанием к операции.

5. Единственным медицинским противопоказанием к оперативному лечению прободной гастродуоденальной язвы является агональное состояние пациента.

6. Средняя длительность лечения в стационарных условиях пациентов с прободными гастродуоденальными язвами составляет 12 - 14 календарных дней.

## ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

### 7. Обязательные диагностические мероприятия:

7.1. при поступлении в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения:

7.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

7.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ), определение количества тромбоцитов);

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

общий анализ мочи;

7.1.3. инструментальные – обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов брюшной полости в вертикальном положении пациента или при горизонтальном положении пациента в латеропозиции;

7.1.4. электрокардиограмма;

7.2. в сомнительных случаях:

ввести через зонд в желудок не менее 500 мл воздуха и повторить обзорную рентгенографию брюшной полости;

лапароскопия или лапароцентез с проведением йодной пробы (пробы Неймарка);

эзофагогастродуоденоскопия и повторная обзорная рентгенография брюшной полости;

ректальное исследование;

при невозможности выполнить лапароскопию в трудных для диагностики случаях допустима диагностическая лапаротомия;

7.3. через сутки после операции, перед выпиской из больничной организации здравоохранения и по медицинским показаниям:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, уровня гематокрита, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов, СОЭ, определение количества тромбоцитов);

общий анализ мочи.

8. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

бактериологическое исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

консультации смежных специалистов (врача-терапевта, врача-акушер-гинеколога, врача-эндокринолога и других);

общая термометрия, антропометрия.

### ГЛАВА 3 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

9. Перед операцией производится эвакуация желудочного содержимого с помощью зонда без промывания желудка.

10. При тяжелом состоянии пациента врачом-хирургом совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом с целью предоперационной подготовки проводится интенсивная терапия не более 2 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения. По заключению врачебного консилиума длительность предоперационной подготовки может быть увеличена.

11. В предоперационном периоде целесообразна антибиотикопрофилактика: за 30 - 40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно вводится один из антибиотиков: цефотаксим 1-2 г, цефоперазон 1-4 г, цефтриаксон 1-2 г, цефепим 0,5 - 2 г.

12. По медицинским показаниям следует провести одним из методов профилактики тромбоэмболии легочной артерии:

препараты низкомолекулярных гепаринов: надропарин – инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3-0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки за 2-4 часа до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

дальтепарин натрий подкожно 2,5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и затем по 2,5 тыс. МЕ каждый день утром;

гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и далее через 8 часов.

### ГЛАВА 4 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

13. Операция выполняется под общей анестезией, используя доступ «срединная лапаротомия».

14. Применяют три основных вида оперативных вмешательств: ушивание или иссечение перфоративной язвы;

резекция желудка;

ваготомия с дренирующими желудок операциями и без них.

15. При ушивании язвы желудка обязательно выполнение биопсии из краев язвы с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

16. Обязательный элемент операции – тщательная санация и дренирование брюшной полости.

17. При выполнении радикальных операций на желудке и двенадцатиперстной кишке целесообразно использовать:

электрокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов; сшивающие аппараты для наложения линейного шва и анастомоза (предпочтительны металлические сшивающие аппараты второго поколения с одноразовыми кассетами).

18. По медицинским показаниям выполняется назоинтестинальная интубация кишечника и проведение зонда для раннего энтерального питания.

## ГЛАВА 5

### ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРОБОДНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

19. В послеоперационном периоде пациентам с прободной гастродуоденальной язвой назначается:

19.1. антибактериальная терапия – цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем);

19.2. анальгетики – наркотические, ненаркотические;

19.3. коррекция метаболических нарушений – базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы, аминокислоты для внутривенного введения, жировые эмульсии, по медицинским показаниям препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроксиэтилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса);

19.4. при атонии желудочно-кишечного тракта: неостигмин; перидуральная анестезия, рефлексотерапия;

19.5. зондовое питание: первые 24 - 48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18 - 20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы);

19.6. симптоматическое лечение по медицинским показаниям;

19.7. при паллиативных операциях обязательные курсы противоязвенной терапии и эрадикации *Helicobacter pylori*:

19.7.1. при невозможности приема перорально назначают внутривенно ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол) не менее 9 дней;

19.7.2. при возможности приема лекарственных средств перорально назначают антациды (препараты, содержащие гидроокись алюминия и магния);

19.7.3. при возможности приема лекарственных средств внутрь назначают стандартную тройную терапию – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозировке 2 раза в день в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) и амоксициллином (1000 мг 2 раза в день за 30 минут до еды) 7, 10 или 14 дней, либо эта же схема с двойной дозировкой ингибитора протонной помпы (омепразол) – 7 дней (при непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда вместо амоксициллина следует использовать метронидазол 500 мг 2 раза в день во время еды), или назначают последовательную терапию – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день плюс амоксициллин 1000 мг 2 раза в день – 5 дней, затем ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в день) и тинидазолом или метронидазолом (500 мг 2 раза в день) – 5 дней.

20. Терапия 2-й линии включает в себя квадротерапию на основе лекарственных средств висмута – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с препаратами коллоидного субцитрата висмута (120 мг 4 раза в день за 20-30 минут до еды) и тетрациклином (500 мг 4 раза в день до еды), а также метронидазолом (500 мг 3 раза в день во время еды) – 7, 10 или 14 дней.

21. Терапия 3-й линии включает в себя тройную терапию с левофлоксацином – ингибитор протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол) в стандартной дозе 2 раза в день в сочетании с левофлоксацином (500 мг 2 раза в день) и амоксициллином 1000 мг 2 раза в день – 10 дней.

22. Противоязвенное лечение, начатое в хирургическом отделении больничной организации, должно быть продолжено в амбулаторных условиях организаций здравоохранения под наблюдением врача-гастроэнтеролога.