

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
18 мая 2021 г. № 50

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца седьмого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и 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 клинические протоколы диагностики и лечения пациентов (детское население) с острыми хирургическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

1.1. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается);

1.2. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и генерализованным (распространенным) перитонитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается);

1.3. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и отграниченным перитонитом (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается);

1.4. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с ущемленными грыжами при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается);

1.5. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с инвагинацией при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается);

1.6. клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острой кишечной непроходимостью при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» (прилагается).

2. Внести в приложение 5 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 сентября 2005 г. № 549 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных» изменения, исключив следующие позиции:

«Острый аппендицит (К 35)	РУ	Общий ан. крови	1	УЗИ органов брюшной полости	Премедикация (0,1 % р-р атропина + 1 % р-р дифенгидрамина) в/м в возрастной дозировке	10 дней	Восстановление здоровья
	МУ	Общий ан. мочи	1				
	ОУ	Термометрия	1				
	Респ. У	Физикальное обследование	1				
Острый аппендицит с генерализованным перитонитом (К35.0)	РУ	Общий ан. крови	2	Диагностическая лапароскопия	Зондовая декомпрессия желудка	21 день	Восстановление здоровья
	МУ	Общий ан. мочи	2				
	ОУ	Мониторинг гемодинамики (артериальное давление (далее – АД), частота сердечных сокращений (далее – ЧСС)					
	Респ. У	Часовой диурез					
		Учет патологических потерь жидкости					
		Определение группы крови, резус-фактора	1				
		Биохимическое исследование крови: белок, билирубин, электролиты (К, Na, Cl), СРБ, аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), аспаратаминотрансфераза (далее – АсАТ) (до и после подготовки к операции)	2				

	Определение параметров КОС	2		Лаваж брюшной полости Дренаж в брюшную полость (по показ.) Инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксиэтилкрахмала (по показ.) Обезболивание в течение 2–3 дней (по показ.): детям до 2-х лет 50 % р-р метамизола + 1 % р-р дифенгидрамина в/м в возрастной дозировке или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в; детям старше 2-х лет – 1 % р-р морфина п/к или 2 % р-р тримеперидина в/м, п/к, или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в (по показ.) Парентеральное питание: 5–10 % р-р декстрозы + набор аминокислот (по азоту 0,1–0,3 г/кг/сут.) + жировые эмульсии (по жирам 0,1–0,5 г/кг/сут.) до ликвидации пареза желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ)		
Острый аппендицит с перитонеальным абсцессом (K35.1)	Общий ан. крови	1	УЗИ при поступлении и в динамике	Зондовая декомпрессия желудка	21 день	Восстановление здоровья»;
	Общий ан. мочи	1				
	Биохимическое исследование крови: белок и белковые фракции, билирубин и его фракции, СРБ, электролиты (К, Na, Cl, Ca), АлАТ, АсАТ	1	Пальцевое ректальное исследование	Антипиретики (50 % р-р метамизола в/м по 0,1 мл на 1 год жизни или ибупрофен 10–30 мг/кг/сут. внутрь 2–3 р/сут., или парацетамол 30–50 мг/кг/сут. внутрь или в свечах 4–6 р/сут.) при температуре тела выше 38 °С более 6 часов		
	Определение параметров КОС	1		Стартовая инфузия: сбалансированный электролитный р-р с 5 % декстрозой 1:1 в объеме 1/3, 1/2 ЖП в течение 4–6 часов перед операцией		
Физикальное обследование			Антибактериальная терапия в/м или в/в в возрастной дозировке: аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг) + ампициллин (100–150 мг/кг/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут.)			
Температурный профиль	1 (далее по показ.)		или аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг + линкомицин (в/м, в/в 10–20 мг/кг, внутрь 30–60 мг/кг/сут. 2–3 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения), или цефалоспорины 3–4-го поколения (цефотаксим 50–100 мг/кг/сут. в/м, в/в) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения), или имипенем в/в детям от 3 мес. – до 12 лет и с массой тела менее 40 кг – 15 мг/кг, детям старше 12 лет – по 0,25–1 г 4 раза/сут (только на ОУ, Респ. У)			
				Премедикация (0,1 % р-р атропина + 1 % р-р дифенгидрамина) в/м в возрастной дозировке		

					<p>Вскрытие и дренирование абсцесса</p> <p>Аппендэктомия при визуализации аппендикса, дренирование ложа отростка</p> <p>Во время операции и после инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксипропилкрахмала (по показ.)</p> <p>Обезболивание в течение 2–3 дней (по показ.): детям до 2-х лет 50 % р-р метамизола + 1 % р-р дифенгидрамина в/м в возрастной дозировке или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в; детям старше 2-х лет – 1 % р-р морфина п/к или 2 % р-р тримеперидина в/м, п/к, или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в</p> <p>Парентеральное питание:</p> <p>5–10 % р-р декстрозы + набор аминокислот (по азоту 0,1–0,3 г/кг/сут.) + жировые эмульсии (по жирам 0,1–0,5 г/кг/сут.) до ликвидации пареза ЖКТ</p>		
«Паралитический илеус (K56.0)	РУ МУ ОУ Респ. У	<p>Общий ан. крови</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Биохимическое исследование крови: белок и белковые фракции, электролиты (К, Na, Cl, Са), АлАТ, АсАТ</p> <p>Определение параметров КОС</p>	1 1 1 1	<p>Обзорная R-грамма брюшной полости</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p>	<p>Интраназальное зондирование желудка</p> <p>Коррекция нарушений гомеостаза: введение в/в сбалансированных электролитных растворов, набор аминокислот, 5 % р-ра декстрозы</p> <p>Антибактериальная терапия в/м или в/в в возрастной дозировке: аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг) + ампициллин (100–150 мг/кг в/м, в/в – 4 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения) или аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем 7,5 мг/кг) + линкомицин (в/м, в/в 10–20 мг/кг, внутрь 30–60 мг/кг/сут. 2–3 р/сут.) + метронидазол, или цефалоспорины 3–4-го поколения (цефотаксим 50–100 мг/кг/сут. в/в, в/м) + метронидазол, или имипенем в/в детям от 3 мес. – до 12 лет и с массой тела менее 40 кг – 15 мг/кг, детям старше 12 лет – по 0,25–1 г 4 раза/сут (ОУ, Респ. У)</p> <p>Перидуральная анестезия 0,125 % р-ром бупивакаина 2 мг/кг</p> <p>Сифонная клизма</p> <p>При отсутствии эффекта от консервативного лечения – интраоперационная декомпрессия кишечника путем его интубации</p> <p>Направление ребенка в детское хирургическое отделение ОУ, Респ. У</p>	7–10 дней	Восстановление здоровья
Инвагинация кишечника (K56.1)	РУ МУ	<p>Общий ан. крови</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Физикальное обследование</p>	1 1	<p>Пальцевое ректальное исследование</p>			

ОУ	Физикальное обследование		УЗИ органов брюшной полости	До 12 часов с момента заболевания – консервативная дезинвагинация под наркозом под контролем УЗИ или ирригоскопии с взвесью сульфата бария в 1 % р-ре хлорида натрия	3 дня	Восстановление здоровья	
Респ. У	Общий ан. крови	1					
	Общий ан. мочи	1					
	Определение группы крови, резус-фактора	1		При сроке до 24 часов с момента заболевания и нормальном тоне наружного сфинктера и прямой кишки в условиях ДХО			
	Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na, Cl, Са), белок и белковые фракции	1		ОУ и ДХЦ – попытка консервативного расправления			
	Определение параметров КОС	1					
	Ирригоскопия	1					
				В более позднем сроке после установления диагноза – оперативное вмешательство и дезинвагинация	10 дней	Восстановление здоровья	
				При некрозе инвагината – резекция некротизированной кишки с выведением концевой илеостомы	15 дней	Выздоровление с полным нарушением физиологического процесса, функции или потерей части органа	
				Медикаментозное лечение – см. лечение перитонита (K65.0)			
				Закрытие илеостомы через 1 месяц			
Кишечные сращения [спайки] с непроходимостью (K56.5)	РУ	Общий ан. крови	1	Консультация детского хирурга	Зондовая декомпрессия желудка	14 дней	Восстановление здоровья
	МУ	Общий ан. мочи	1		Инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксипропилкрахмала (по показ.)		
		Определение группы крови, резус-фактора	1	Пальцевое ректальное исследование	Паравертебральная блокада 0,25 % р-ром прокаина в возрастной дозировке		
		Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na, Cl, Са)	1		Сифонная клизма		
		Обзорная R-грамма брюшной полости	1		При отсутствии эффекта – лапаротомия, адгезиолизис или перевод ребенка в ДХО ОУ		
	ОУ	То же		УЗИ органов брюшной полости	Зондовая декомпрессия желудка	10 дней	Восстановление здоровья»;

	Респ. У	Обзорная R-грамма брюшной полости		Инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксипропилкрахмала (по показ.)				
				Паравертебральная блокада 0,25 % р-ром прокаина в возрастной дозировке				
				Сифонная клизма				
				Лапароскопия брюшной полости, адгезиолизис				
«Послеоперационная кишечная непроходимость (K91.3)	РУ	Общий ан. крови + гематокрит	2	УЗИ органов брюшной полости	Катетеризация вены	До 12 часов	Ремиссия	
	МУ	Общий ан. мочи	2		Коррекция нарушений гомеостаза: введение в/в сбалансированных электролитных р-ров, набор аминокислот, 5 % р-ра декстрозы		Отсутствие эффекта	
		Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na, Cl, Са), белок и белковые фракции	2		Антибактериальная терапия:			
		Определение параметров КОС	2		аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг в/м или в/в) + ампициллин (100–150 мг/кг/сут. в/м, в/в) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения) или аминогликозиды (амикацин в начальной дозе 10 мг/кг, затем по 7,5 мг/кг в/м или в/в) + линкомицин (в/м, в/в 10–20 мг/кг, внутрь 30–60 мг/кг/сут. 2–3 р/сут.) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения), или цефалоспорины 3–4-го поколения (цефотаксим 50–100 мг/кг/сут. в/м, в/в) + метронидазол (30–50 мг/кг/сут. в/в на 4 введения)			
		Определение объема потерь по ЖКТ, мочевыделению			Паравертебральная блокада 0,25 % р-ром прокаина в возрастной дозировке, перидуральная анестезия 0,125 % р-ром бупивакаина 2 мг/кг			
		Обзорная R-грамма брюшной полости до и после консервативных мероприятий	1		Декомпрессия желудка зондовая			
					Сифонная клизма			
					Консультация детским хирургом, решение вопроса о дальнейшей тактике			
	ОУ Респ. У	То же		То же	При отсутствии эффектов от консервативного лечения – интраоперационная декомпрессия кишечника путем его интубации	14 дней	Восстановление здоровья».	
					Ликвидация непроходимости лапароскопическим методом			
					Обезболивание в течение 2–3 дней (по показ.): детям до 2-х лет 50 % р-р метамизола + 1 % р-р дифенгидрамина в/м или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в; детям старше 2-х лет 1 % р-р морфина			

1–5 мг п/к или 2 % р-р тримеперидина в/м, п/к в возрастной дозировке или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в 1–2 дня

Инфузионная терапия: 0,9 % р-р натрия хлорида + 5 % р-р декстрозы + сбалансированный электролитный р-р + производные гидроксиэтилкрахмала (по показ.)

Парентеральное питание:

5–10 % р-р декстрозы + набор аминокислот (по азоту 0,1–0,3 г/кг/сут.) + жировые эмульсии (по жирам 0,1–0,5 г/кг/сут.)

Продолжение антибактериальной терапии + имипенем (в/в детям от 3 мес. – до 12 лет и с массой тела менее 40 кг – 15 мг/кг, детям старше 12 лет – по 0,25–1 г 4 раза/сут)

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневиц

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.05.2021 № 50

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и отграниченным перитонитом (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс) 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 (детское население) с острым аппендицитом и отграниченным перитонитом (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс) (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K35.3).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении».

4. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого аппендицита с отграниченным перитонитом служат основанием для госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации.

5. Острый аппендицит с отграниченным перитонитом может протекать в форме аппендикулярного инфильтрата или аппендикулярного абсцесса.

6. Показания к консервативному лечению острого аппендицита с отграниченным перитонитом:

отсутствие признаков абсцедирования при физикальном обследовании, пальцевом ректальном исследовании, по данным ультразвукового исследования (далее – УЗИ) органов брюшной полости;

аппендикулярный инфильтрат у пациентов старше 3 лет;

отсутствие распространенного перитонита;

отсутствие признаков кишечной непроходимости.

7. Консервативное лечение аппендикулярного инфильтрата осуществляется в хирургическом отделении и включает:

7.1. инфузионную терапию детоксикационного и корригирующего характера;

7.2. симптоматическую терапию: купирование болевого синдрома, жаропонижающие средства;

7.3. антибактериальную терапию:

эртапенем: 15 мг/кг 2 раза в день; с 12 лет и массой тела более 40 кг – по 1,0 г 1 раз в день внутривенно в течение 7–10 дней;

или цефалоспорины 3–4 поколения (цефотаксим: дети с массой до 50 кг – по 50–150 мг/кг/сут 2–4 раза в сутки, более 50 кг – по 1–2 г 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно, или цефепим: дети с массой до 40 кг – по 50 мг/кг 2 раза в сутки, более 40 кг – по 2 г 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 7–10 дней); с аминогликозидами 3 поколения (амикацин по 7,5 мг/кг 2 раза в сутки или 15 мг/кг 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 5–7 дней); с метронидазолом по 7,5 мг/кг 3 раза в сутки внутривенно.

8. Критерии эффективности консервативного лечения:

нормализация температуры тела;

уменьшение размеров инфильтрата при физикальном и ректальном исследованиях;

нормализация лабораторных показателей;

положительная динамика при контрольных УЗИ органов брюшной полости.

9. При отсутствии положительной клинико-лабораторной динамики в течение 36–48 часов и признаков абсцедирования инфильтрата выполняется ротация антибактериальной терапии. Схема антибактериальной терапии может определяться индивидуально на основании данных бактериологического анализа и антибиотикочувствительности возбудителя, аллергологического анамнеза пациента, синергизма антибактериальных средств и сопутствующих заболеваний:

9.1. карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем по 20 мг/кг 3 раза в сутки внутривенно) с гликопептидами (ванкомицин: по 10 мг/кг 4 раза в сутки или по 20 мг/кг 2 раза в сутки внутривенно, или тейкопланин: детям до 2 месяцев – начальная доза 16 мг/кг в 1-е сутки, далее – 8 мг/кг 1 раз в сутки внутривенно; от 2 месяцев до 12 лет – начальная доза 10 мг/кг внутривенно каждые 12 часов 3 раза, далее – 6–10 мг/кг 1 раз в сутки внутривенно; старше 12 лет – 800 мг каждые 12 часов 3–5 инъекций внутривенно, далее – 12 мг/кг внутривенно или внутримышечно 1 раз в сутки); или оксазолидинонами (линезолид: дети до 11 лет – по 10 мг/кг 3 раза в сутки, старше 12 лет – по 600 мг 2 раза в сутки внутривенно);

9.2. цефоперазон/сульбактам (40–80 мг/кг/сут 2 раза в сутки) с гликопептидами (ванкомицин: по 10 мг/кг 4 раза в сутки или по 20 мг/кг 2 раза в сутки внутривенно, или тейкопланин: детям до 2 мес. – начальная доза 16 мг/кг в 1-е сутки, далее – 8 мг/кг 1 раз в сутки внутривенно; от 2 мес. до 12 лет – начальная доза 10 мг/кг внутривенно каждые 12 часов 3 раза, далее – 6–10 мг/кг 1 раз в сутки внутривенно; старше 12 лет – 800 мг каждые 12 часов 3–5 инъекций внутривенно, далее – 12 мг/кг внутривенно или внутримышечно 1 раз в сутки); или оксазолидинонами (линезолид: дети до 11 лет – по 10 мг/кг 3 раза в сутки, старше 12 лет – по 600 мг 2 раза в сутки внутривенно);

9.3. пиперациллина/тазобактам с 2 лет (100 мг/кг 3 раза в сутки).

10. Показания к хирургическому лечению:

аппендикулярный инфильтрат у пациентов до 3 лет;

аппендикулярный абсцесс;

наличие распространенного перитонита;

признаки кишечной непроходимости.

11. Хирургическое лечение выполняется по экстренным показаниям после проведения предоперационной подготовки.

12. Длительность предоперационной подготовки не должна превышать 3 часов. По заключению врачебного консилиума предоперационная подготовка при установленном диагнозе острого аппендицита с отграниченным перитонитом может быть продлена свыше 3 часов, если этого требует тяжесть состояния пациента для компенсации основных параметров гомеостаза или по другим причинам.

13. Длительность лечения в стационарных условиях составляет 14 календарных дней.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ОТГРАНИЧЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ (АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ, АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС)

14. Обязательные диагностические мероприятия в приемном отделении:

14.1. клинические: сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, осмотр, общая термометрия, подсчет частоты сердечных сокращений, аускультация легких, пальпация и перкуссия живота, осмотр и пальпация паховых областей, наружных половых органов, измерение массы тела;

14.2. клинико-лабораторные исследования:

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

анализ мочи общий (физические, химические свойства, микроскопическое исследование осадка) у детей старше 3 лет, а также при сохраненном диурезе и отсутствии признаков дегидратации.

15. Дополнительные диагностические мероприятия в приемном отделении (по медицинским показаниям):

ректальное исследование;

определение параметров кислотно-основного состояния (далее – КОС);

биохимическое исследование содержания глюкозы в венозной крови;

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей;

консультации врачей-специалистов (врача-акушера-гинеколога, врача-уролога).

16. Обязательные диагностические мероприятия в хирургическом отделении:

16.1. при динамическом наблюдении в стационаре:

осмотр пациента в течение 30 минут после поступления в хирургическое отделение, а затем каждые 3 часа или чаще (по медицинским показаниям) в течение первых суток с момента госпитализации с оформлением дневников врачебного осмотра в медицинской карте стационарного пациента;

ректальное исследование;

термометрия каждые 3 часа;

повторный анализ крови общий (определение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, содержания гемоглобина, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), подсчет лейкоцитарной формулы) через 6–9 часов;

определение группы крови по системе АВ0 и резус-принадлежности;

биохимическое исследование крови (определение содержания билирубина, глюкозы, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), альфа-амилазы, С-реактивного белка (СРБ), электролитов (натрий, калий, кальций общий, хлор);

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

16.2. при консервативном лечении аппендикулярного инфильтрата:

контроль анализа крови общего, анализа мочи общего, биохимического исследования крови (определение содержания билирубина, глюкозы, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), альфа-амилазы, С-реактивного белка (СРБ), электролитов (натрий, калий, кальций общий, хлор) каждые 1–2 дня в течение первых 6 суток, затем – по назначению врача;

УЗИ органов брюшной полости 1 раз в 2 дня в течение первых 6 суток, затем – по назначению врача;

контроль анализа крови общего, анализа мочи общего и УЗИ органов брюшной полости за день до выписки пациента из стационара;

16.3. в послеоперационном периоде:

контроль анализа крови общего, анализа мочи общего, биохимического исследования крови (определение содержания билирубина, глюкозы, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), альфа-амилазы, С-реактивного белка (СРБ), электролитов (натрий, калий, кальций общий, хлор) каждые 1–2 дня в течение первых 6 суток, затем – по назначению врача;

УЗИ органов брюшной полости 1 раз в 2 дня в течение первых 4 суток, затем – по назначению врача;

контроль анализа крови общего, анализа мочи общего и УЗИ органов брюшной полости за день до выписки пациента из стационара;

гистологическое исследование препарата удаленного червеобразного отростка;

бактериологическое исследование биологического материала (экссудата из брюшной полости, полости абсцесса) на микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам (при хирургическом лечении).

17. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям) в хирургическом отделении:

обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей;
определение параметров КОС;

гемостазиограмма (определение активированного частичного тромбoplastинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), активности факторов протромбинового комплекса, международного нормализованного отношения (МНО), содержания фибриногена);

анализ мочи общий;

консультации врачей-специалистов (врача-акушера-гинеколога, врача-уролога).

ГЛАВА 3

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ОТГРАНИЧЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ (АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ, АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС)

18. При наличии показаний к хирургическому лечению у пациентов детского возраста с острым аппендицитом и отграниченным перитонитом предоперационная подготовка проводится в отделении анестезиологии и реанимации или хирургическом отделении с участием врача-анестезиолога-реаниматолога.

19. Проводится коррекция водно-электролитных нарушений – инфузионная терапия кристаллоидами (раствор Рингера, раствор натрия хлорида 0,9 %, раствор глюкозы 5 %) в объеме 30 мл/кг массы тела до получения диуреза и тенденции к стабилизации гемодинамики. При необходимости – коррекция электролитных нарушений, гемостаза, анемии, снижение температуры тела и купирование болевого синдрома (нестероидные противовоспалительные средства, прочие анальгетики-антипиретики). При симптомах пареза кишечника – постановка желудочного зонда для декомпрессии желудка.

20. При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний проводится предоперационная подготовка, направленная на компенсацию функций жизненно важных органов и систем.

21. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30–60 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно или внутримышечно однократно вводится антибиотик цефалоспоринового ряда 1 поколения – цефазолин (дети в возрасте 1 месяца и старше с массой тела менее 40 кг – 50 мг/кг, для детей в возрасте старше 12 лет и массой тела более 40 кг – 1,0 г) или 2 поколения – цефуроксим (50 мг/кг, максимальная доза 1,5 г); с метронидазолом 7,5 мг/кг.

22. Перед хирургическим вмешательством пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом.

ГЛАВА 4

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ОТГРАНИЧЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

23. Хирургическое вмешательство при остром аппендиците с отграниченным перитонитом выполняется под эндотрахеальным наркозом.

24. Хирургическое вмешательство может выполняться с применением лапаротомного, внебрюшинного или лапароскопического доступа.

25. Выполняется вскрытие аппендикулярного абсцесса с эвакуацией гноя и забором материала для бактериологического исследования на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

26. При визуализации червеобразного отростка выполняется аппендэктомия.

27. Полость абсцесса дренируется перфорированным силиконовым дренажом или марлевым тампоном (тампон «сигара»).

28. При тазовой локализации аппендикулярного абсцесса выполняются вскрытие и дренирование абсцесса через переднюю стенку прямой кишки.

29. При выполнении аппендэктомии с использованием лапаротомного доступа культи червеобразного отростка обрабатывается раствором йода 5 % и погружается кيسетным и Z-швом или отдельными серозно-мышечными швами при инфильтрации купола слепой кишки. Показаниями к использованию лигатурного способа аппендэктомии являются выраженная воспалительная инфильтрация купола слепой кишки и невозможность укрыть культи червеобразного отростка серозно-мышечными швами.

30. При использовании лапароскопического доступа аппендэктомия выполняется лигатурным, кисетным способами или с применением механического шва. Культи червеобразного отростка обрабатывается раствором йода 5 %.

31. У пациентов до 3 лет с аппендикулярным инфильтратом выполняются разделение инфильтрата и аппендэктомия с применением лапаротомного или лапароскопического доступа.

32. Хирургическое лечение при осложненном течении отграниченного перитонита аналогично пунктам 18–30 клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым аппендицитом и генерализованным (распространенным) перитонитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях».

33. При выполнении хирургического вмешательства по поводу острого аппендицита с отграниченным перитонитом целесообразно использовать:

электрокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов;

вакуумный отсасыватель медицинский для выполнения лаважа брюшной полости;

перфорированные силиконовые дренажи;

сшивающие аппараты для наложения линейного шва (предпочтительны металлические сшивающие аппараты второго поколения с одноразовыми кассетами).

ГЛАВА 5

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ОТГРАНИЧЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

34. Для купирования болевого синдрома назначаются опиоиды, прочие анальгетики-антипиретики (парацетамол, метамизол натрия) в возрастных дозировках.

35. Инфузионная терапия кристаллоидами (раствор Рингера, раствор натрия хлорида 0,9 %, раствор глюкозы 5 %) в объеме 20–30 мл/кг проводится по медицинским показаниям.

36. Схема антибактериальной терапии может определяться индивидуально на основании данных бактериологического анализа и антибиотикочувствительности возбудителя, аллергологического анамнеза пациента, синергизма антибактериальных средств и сопутствующих заболеваний:

36.1. эртапенем: 15 мг/кг 2 раза в день; с 12 лет и массой тела более 40 кг – по 1,0 г 1 раз в день внутривенно в течение 7–10 дней;

36.2. пиперациллина/тазобактам с 2 лет (100 мг/кг 3 раза в сутки);

36.3. цефалоспорины 3–4 поколения (цефотаксим: дети с массой до 50 кг – по 50–150 мг/кг/сут 2–4 раза в сутки, более 50 кг – по 1–2 г 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно, или цефепим: дети с массой до 40 кг – по 50 мг/кг 2 раза в сутки, более 40 кг – по 2 г 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 7–10 дней); с аминогликозидами 3 поколения (амикацин по 7,5 мг/кг 2 раза в сутки или 15 мг/кг 1 раз в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 5–7 дней); с метронидазолом по 7,5 мг/кг 3 раза в сутки внутривенно.

37. Местное лечение послеоперационной раны: ежедневные перевязки с применением антисептических и дезинфицирующих средств (повидон йод, хлоргексидин, этанол) первые 3 суток, затем – по назначению врача-детского хирурга.

38. При наличии тампона:

ежедневные перевязки с применением антисептических и дезинфицирующих средств (повидон йод, йодискин, хлоргексидин) с применением мазевых повязок (хлорамфеникол/метилурацил, диметилсульфоксид с 12 лет) 1–2 раза в день;

первое подтягивание тампона осуществляется на 3 сутки после операции. Тампон удаляется на 7–8 сутки после операции, после чего раневой канал дренируется резиновым выпускником. Снятие швов на 7–10 сутки после операции.

39. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям.

40. Госпитализация в детский хирургический стационар для плановой аппендэктомии осуществляется через 3–6 месяцев после выписки пациента.