

(Проект)

**Клинический протокол**  
**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острыми гастродуоденальными кровотечениями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»**

Состав членов ОО «Белорусская ассоциация хирургов» (рабочей группы по пересмотру и обновлению действующего клинического протокола, утвержденного постановлением МЗ РБ №46 от 01.06.2017.

**Д.м.н., профессор Воробей А В.**

**К.м.н., доцент Вижинис Е.И.**

**К.м.н., доцент Шулейко А Ч.**

**К.м.н., доцент Лагодич Н.А.**

*У членов рабочей группы не возникло конфликта интересов и персональной заинтересованности, которая могла бы повлиять на надлежащее выполнение возложенного поручения по пересмотру настоящего клинического протокола. Содержащаяся в обновлённом клиническом протоколе информация отражает собственный опыт и доступные опубликованные тематические данные последних лет. Рабочая группа не несет ответственности в случае противоречий, а также расхождений с другими официальными рекомендациями и руководствами. Пересмотр и обновление настоящего клинического протокола осуществляется систематически при появлении новых данных и дополнений, обоснованных с позиции доказательной медицины, но не чаще 1 раза в 3 года.*

Год утверждения – 202...

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3.
ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	4
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА ОБЪЕМА И СТАПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	5
ГЛАВА 4. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	6
ГЛАВА 5. ТАКТИКА ВРАЧА – ХИРУРГА ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	9
ГЛАВА 6. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	11
ГЛАВА 7. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	12

## 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 острыми гастродуоденальными кровотечениями при язве желудка (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K25), язве двенадцатиперстной кишки (шифр по МКБ-10 – K26), пептической язве неуточненной локализации (шифр по МКБ-10 – K27).

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. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого гастродуоденального кровотечения служат основанием для госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

5. Больничные организации здравоохранения, оказывающие специализированную медицинскую помощь пациентам с острыми гастродуоденальными кровотечениями, должны обеспечить возможность выполнения эндоскопических исследований желудка и двенадцатиперстной кишки, проведения гемотрансфузии, иметь в своей структуре отделение интенсивной терапии и реанимации, а также операционные, оснащенные для выполнения операций на желудочно-кишечном тракте.

6. Все перемещения пациента с острыми гастродуоденальными кровотечениями в пределах больничной организации здравоохранения осуществляются на больничной медицинской каталке в положении лежа.

7. В приемном отделении больничной организации здравоохранения пациенты с острыми гастродуоденальными кровотечениями осматриваются дежурным врачом-хирургом в первоочередном порядке.

8. Средняя длительность лечения в стационарных условиях пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями составляет 21–27 календарных дней при оперативном лечении; 10–14 календарных дней при консервативной терапии.

## ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

9. Обязательные диагностические мероприятия:

9.1. При поступлении в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения:

9.1.1. Клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

9.1.2. 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 (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор); определение уровня глюкозы в крови;

определение гемостазиограммы;

общий анализ мочи;

9.1.3. Инструментальные: эзофагогастродуоденоскопия; электрокардиограмма;

9.1.4. Ректальное исследование;

9.1.5. Определение объема кровопотери;

9.2. На вторые сутки с момента поступления, а также по медицинским показаниям и при выписке из больничной организации здравоохранения:

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

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

9.3. Динамические (повторные) эзофагогастродуоденоскопии для контроля за эффективностью эндоскопического гемостаза и лечения гастродуоденальных язв (кратность их назначения определяется характером патологии).

10. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям): определение контаминации *Helicobacter pylori* различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки;

определение кислотности желудочного сока;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек; обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной и брюшной полости;

рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки; ирригоскопия;

двухэтапная зондовая или беззондовая контрастная энтерография;  
тонкокишечная эндоскопия;  
толстокишечная эндоскопии;  
консультации смежных специалистов (врача-терапевта, врача-эндокринолога и других).

### **ГЛАВА 3 ОЦЕНКА ОБЪЕМА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

11. Степень тяжести кровопотери может быть определена на основе клиниколабораторных критериев:

1 степень – легкая: объем кровопотери – около 500 мл; дефицит объема циркулирующей крови (далее – ОЦК) составляет менее 15 %; частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – до 100 уд в мин; 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;

2 степень – средней тяжести: объем кровопотери – до 1000 мл; дефицит ОЦК – 15–25 %; ЧСС – 100–120 уд в мин; систолическое АД – 90–100 мм рт. ст.; гемоглобин – 80–100 г/л, гематокрит – 30–40 %, число эритроцитов – 2–3,5 млн/мл;

3 степень – тяжелая: объем кровопотери – более 1500 мл; дефицит ОЦК – более 25 %; пульс – более 120 уд в мин; систолическое АД – менее 90 мм рт. ст.; гемоглобин – менее 80 г/л, гематокрит – менее 30 %, число эритроцитов – менее 2 млн/мл.

12. В начальном периоде кровотечения при определении объема кровопотери следует учитывать, что показатели уровня гемоглобина и количества эритроцитов могут быть на более высоком уровне вследствие выхода компонентов крови из тканевых депо.

13. Следует учитывать, что в результате компенсаторного спазма артериальной системы и повышения периферического сопротивления в начале массивного кровотечения систолическое артериальное давление может быть в норме или повышаться.

14. Коллаптоидное состояние на высоте кровотечения указывает на тяжелую степень кровопотери.

15. Для определения стадий геморрагического шока в первые 12 часов от начала кровотечения может быть использовано определение индекса Альговера (частное от деления частоты сердечных сокращений на показатель систолического давления). В норме он не превышает 0,5 (60 уд. в мин/120 мм рт. ст.). При 1 стадии (шок угрожаемый) индекс Альговера – 0,5–1,5, при 2–3 стадии (шок манифестированный) – 1,6 и более. При значении индекса равном 1, кровопотеря, как правило, составляет около 20–35 % ОЦК, более 1–30–50 % ОЦК.

Оценка степени тяжести кровопотери может быть проведена и другими методами.

#### **ГЛАВА 4 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

16. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых гастродуоденальных кровотечениях следует считать первоочередным мероприятием. Оно должно выполняться квалифицированным специалистом с круглосуточной организацией работы эндоскопического кабинета (отделения) больничной организации здравоохранения.

17. При кровопотере легкой степени и при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии эндоскопия выполняется в условиях эндоскопического кабинета (отделения).

При кровопотере тяжелой и средней степени тяжести диагностическая и лечебная эндоскопия выполняется в условиях операционной с непосредственным участием в оказании медицинской помощи пациенту врача-анестезиолога-реаниматолога.

Медицинскими противопоказаниями для эндоскопии являются агональное состояние пациента, а также острое нарушение мозгового кровообращения и острый период инфаркта миокарда. Вместе с тем, по заключению врачебного консилиума по жизненным показаниям с целью остановки кровотечения эндоскопическим способом, лечебная эндоскопия с обязательным участием врача-анестезиолога-реаниматолога может быть выполнена в операционной пациентам с инфарктом миокарда, инсультом и другой тяжелой сопутствующей патологией.

О результатах диагностической и лечебной эндоскопии врач-эндоскопист должен незамедлительно поставить в известность персонально дежурного врача-хирурга в ночное время, заведующего хирургическим отделением и сотрудника хирургической кафедры клинической организации здравоохранения в дневное время.

18. Для выполнения эндоскопии при острых гастродуоденальных кровотечениях больничная организация здравоохранения должна быть оснащена следующим минимальным набором медицинских изделий:

гастроинтестинальный фибро- или видеоэндоскоп с торцевым расположением оптического окна (возможно со скошенной оптикой 30° и 45°), источник света, эндоскопическая аспирационная помпа; электрохирургический генератор и различные виды зондов для монополярной и биполярной коагуляции;

инъекционные иглы (одноразового или многоразового применения) различной длины, соответствующие диаметру инструментального канала эндоскопа.

19. Методика выполнения диагностической эндоскопии у пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями:

при минимальной инсуффляции аппарат проводится в двенадцатиперстную кишку (наиболее частая локализация источника кровотечения), которая детально осматривается. Оценивается содержимое пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, количество и характер крови, расположение сгустков. Детальный осмотр проводят обычно и в обратном порядке: двенадцатиперстная кишка, желудок, пищевод;

в результате исследования врач-эндоскопист должен осмотреть и описать состояние пищевода, всех отделов (кардии, антрального отдела, тела и свода) желудка и двенадцатиперстной кишки;

выявление причины кровотечения в желудке не должно служить основанием для прекращения осмотра двенадцатиперстной кишки, так как не исключаются несколько источников кровотечения.

При необходимости могут быть использованы дополнительные приемы:

изменение положения тела пациента; на животе – осматривается задняя стенка, на спине – передняя стенка, с приподнятым головным концом – кардиальный, субкардиальный отделы и свод желудка;

при помощи шприца через инструментальный канал эндоскопа вводится необходимое количество воды и прицельно отмывается место предполагаемого источника кровотечения с последующей аспирацией содержимого из просвета органа.

При язве желудка во время первичной или повторной эндоскопии по мере необходимости проводится биопсия из края язвы (3–5 кусочков) с последующим гистологическим исследованием.

20. Эндоскопическое исследование регистрируется протоколом в медицинской карте стационарного пациента и регистрационном журнале эндоскопического кабинета (отделения).

В протоколе эндоскопического исследования:

рекомендуется указать дату, время, особенности проведения исследования;

последовательно описать состояние пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (просвет, содержимое, стенка, перистальтика, слизистая, очаг поражения и характер кровотечения), а также анатомо-физиологические сужения – кардия и пилорус;

завершить протокол исследования заключением врача-эндоскописта (в случае полного выполнения необходимого объема исследования).

Для язвенных кровотечений описание источника кровотечения (язвы) должно включать следующие характеристики:

уровень (желудок, двенадцатиперстная кишка; при необходимости расстояние от кардии и пилоруса);

локализация (угол желудка, большая или малая кривизна, передняя или задняя стенка и другие);

количество (одиночные или множественные; по возможности указать точное количество);

форма (круглая, овальная, линейная, неправильная и другая);

размер (в сантиметрах): точечные, малые, средние, большие, гигантские;

дно или кратер (покрыто фибрином, вязкой слизью, некротическое, с признаками кровотечения, покрыто сгустком или струпом, сосуд в дне язвы);

край (плоский, высокий, ровный, бугристый, нечеткий, с петехиями, кровоточащий и другие характеристики);

окружающие ткани (слизистая нормальная, гиперемированная, отечная, инфильтрированная, конвергенция складок).

При эндоскопии, кроме описания источника кровотечения, фиксируются следующие данные: наличие крови в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке; ее количество и характер; признаки кровотечения (артериальное кровотечение, пульсация крови из сосуда, подтекание венозной крови, свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд (его диаметр)); гематома вокруг источника кровотечения; имбибиция гемосидерином окружающих тканей и другие.

21. Все острые гастродуоденальные кровотечения следует делить на продолжающиеся и состоявшиеся со стабильным и нестабильным гемостазом.

Основными эндоскопическими признаками продолжающегося кровотечения являются:

струйное кровотечение из дна либо края язвы;

диффузное либо локализованное поступление (подтекание) крови из дна или краев язвы;

кровотечение из-под сгустка, прикрывающего язву;

наличие свежей артериальной или венозной крови в просвете желудка или двенадцатиперстной кишки, накапливающейся, несмотря на аспирацию, без видимого источника кровотечения.

Состоявшимся является любое кровотечение, при котором нет поступления крови в просвет желудка и двенадцатиперстной кишки во время эндоскопического исследования. Оно характеризуется степенью надежности гемостаза (стабильный или нестабильный).

Основными эндоскопическими признаками состоявшегося кровотечения, стабильного гемостаза являются:

отсутствие следов крови в желудке и двенадцатиперстной кишке;

дно язвы покрыто фибрином;

наличие мелких тромбированных сосудов (в виде черных точек) на дне язвы или по краю ее;

дно язвы покрыто солянокислым гематином (черный цвет дна язвы).

Основными эндоскопическими признаками состоявшегося кровотечения, нестабильного гемостаза являются:



контактная кровоточивость краев язвы при наличии в дне тромбированного сосуда и крови со сгустками в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки;

язва с фиксированным сгустком-тромбом различного цвета (от красного до черного) при наличии в желудке «кофейной гущи» или без нее;

язва с тромбированным сосудом на дне либо по ее краю;

через дно язвы просвечивается розовый (красный) артериальный сосуд;

наличие в дне язвы рыхлого сгустка крови красного цвета.

22. Наличие любого из клинических или эндоскопических признаков нестабильного гемостаза, а также их сочетание служат основанием для общего заключения о нестабильном гемостазе и требует выполнения эндоскопического гемостаза.

23. Дополнительными факторами риска рецидива кровотечения являются: размеры язвы; для двенадцатиперстной кишки – более 1 см, желудка – более 2 см; глубина язвы – более 0,3 см; язвы с «неблагоприятной локализацией» – расположение язвы в бассейне нахождения крупных сосудов желудка и двенадцатиперстной кишки (субкардия, верхняя треть желудка, зона малой кривизны, задняя стенка луковицы, в проекции правой и левой желудочных артерий, панкреатодуоденальной артерии).

24. Основной задачей лечебной эндоскопии является окончательная или временная остановка кровотечения. Для этого могут быть использованы следующие основные методы эндоскопического гемостаза: инъекционный, диатермокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, клипирование, местное орошение язвенных дефектов пленкообразующими лекарственными средствами и другие. Для инъекционного эндоскопического гемостаза могут быть использованы: полидоканол, 70° этиловый спирт и другие лекарственные средства.

25. По медицинским показаниям диагностическая и лечебная эндоскопия выполняются под общей анестезией.

## **ГЛАВА 5 ТАКТИКА ВРАЧА-ХИРУРГА ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

26. Лечение острых гастродуоденальных кровотечений всегда начинается с консервативной терапии (в первую очередь инфузионно-трансфузионной), которая проводится параллельно с обследованием пациента.

Инфузионная терапия включает: базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие растворы), 5% или 10% растворы декстрозы; сбалансированные полиионные растворы; по медицинским показаниям препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроксиэтилкрахмал, желатин, свежемороженая плазма, эритроцитарная масса).

27. Пациенты с тяжелой и средней степенью тяжести кровопотери в первые минуты поступления в больничную организацию здравоохранения в сопровождении врача-хирурга приемного отделения направляются в операционную с немедленным вызовом туда врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-эндоскописта и ответственного дежурного врача-хирурга. Проводится экстренно катетеризация центральной вены и начинается инфузионная терапия. Выполняется экстренная эзофагогастродуоденоскопия с попыткой эндоскопического гемостаза.

28. Пациенты с легкой степенью кровопотери и компенсированным состоянием функций жизненно важных органов и систем в кратчайшие сроки направляются в эндоскопический кабинет (отделение), где им выполняется диагностическая и, по медицинским показаниям, лечебная эндоскопия. Они госпитализируются в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

29. В отделение интенсивной терапии и реанимации по заключению врачебного консилиума из операционной и эндоскопического кабинета переводятся пациенты с остановленным кровотечением, независимо от возраста с наличием субкомпенсации и декомпенсации функций жизненно важных органов и систем.

30. При продолжающемся кровотечении и при неэффективности эндоскопического гемостаза показана экстренная операция.

31. При декомпенсации функций жизненно важных органов и систем в силу тяжелых сопутствующих заболеваний заключением врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-терапевт и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения у крайне тяжелых пациентов с нестабильным гемостазом операция может быть признана непереносимой и лечение может быть продолжено консервативными методами. В состав врачебного консилиума в клинических организациях здравоохранения должен быть включен сотрудник кафедры хирургии. О таких случаях должен быть немедленно информирован главный специалист главного управления, управления (отдела) здравоохранения областного исполнительного комитета или Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета.

32. Медицинским показанием к экстренной операции является также рецидив кровотечения, который возник в отделении больничной организации здравоохранения, независимо от времени начала предыдущего кровотечения. У пациентов с высокой степенью операционного риска по заключению врачебного консилиума может быть выполнен повторный эндоскопический гемостаз и продолжено лечение консервативными методами.

33. Риск рецидива кровотечения из хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов без тяжелых сопутствующих заболеваний с состоявшимся кровотечением, несмотря на выполнение эндоскопического гемостаза, служит основанием для проведения

интенсивной терапии в течение суток с последующим оперативным лечением по срочным медицинским показаниям.

34. При состоявшемся кровотечении у пациентов с декомпенсированными формами сопутствующих заболеваний предпочтительно консервативное лечение. Операция у них может быть выполнена по жизненным показаниям.

35. При кровотечениях легкой степени и состоявшемся стабильном гемостазе при отсутствии медицинских показаний для оперативного лечения целесообразно наблюдение в хирургическом отделении больницы организации здравоохранения не менее 6 суток с обязательным эндоскопическим контролем при выписке.

36. Пациенты с состоявшимся кровотечением и стабильным гемостазом при наличии медицинских показаний должны быть оперированы после полной нормализации гомеостаза и детального обследования в плановом порядке через 12–14 календарных дней после поступления в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения. Вопрос о характере оперативного вмешательства у таких пациентов и методах консервативного лечения решается в соответствии с принципами лечения неосложненных хронических пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

## **ГЛАВА 6 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

37. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30–40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно однократно вводится один из цефалоспориновых антибиотиков III–IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим).

38. Операция выполняется под общей анестезией, используя, как правило, доступ «срединная лапаротомия».

39. Объем оперативного вмешательства индивидуален и определяется следующими обстоятельствами: характером патологического процесса, функциональным состоянием пациента, опытом хирурга.

40. При язвах желудка может быть выполнена резекция желудка в различных модификациях: дистальная (по Бильрот-1, Бильрот-2, с выключенной петлей по Ру), пилоросохраняющая, проксимальная, или другой ее вид. При крайне высокой степени Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 17.06.2017, 8/32107 9 операционного риска может быть выполнено иссечение язвы или прошивание сосуда в язве.

41. При язве двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением, у пациентов с высокой степенью операционного риска, выполняют органосохраняющие операции (иссечение язвы, экстрадуденализация, прошивание сосуда с различными вариантами пилородуоденопластики). При наличии показаний – резекцию желудка.

42. При выполнении 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).

П.42.1. Дренирование брюшной полости ограничивается, по возможности не выполняется. В случаях, где использование дренажей не удалось избежать, их удаляют не позднее 3-х суток после операции.

## **ГЛАВА 7 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

43. Послеоперационный период проводят по принципам хирургии «ускоренного выздоровления» (ранняя активизация, применение жевательной резинки, употребление жидкости, раннее энтеральное питание).

43.1. Антибактериальная терапия проводится по показаниям, с применением антибиотиков широкого спектра действия, с учётом индивидуальной чувствительности.

43.2. Анальгетики – наркотические, ненаркотические;

43.3. Коррекция метаболических нарушений – базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы; сбалансированные полиионные растворы; растворы аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии; по показаниям препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроксиэтилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса);

43.4. Раннее энтеральное питание со 2-х суток после операции. Ограничение парэнтерального и зондового питания.

43.5. Раннее удаление мочевого катетера и абдоминальных дренажей.

43.6. Симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям;

43.7. После эндоскопического гемостаза и после выполнения органосохраняющих операций назначается активная противоязвенная терапия по схемам, согласованным с врачом – гастроэнтерологом, с применением препаратов для внутривенного и перорального введения.