

**Об утверждении клинического протокола
«Диагностика и лечение пациентов с хронической
атеросклеротической аневризмой нисходящего отдела
грудной и брюшной аорты»**

На основании абзаца седьмого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, 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 года № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 года № 360», Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с хронической атеросклеротической аневризмой нисходящего отдела грудной и брюшной аорты».

2. Настоящее постановление вступает в силу через 15 рабочих дней после его подписания.

Министр

В.А.Малашко

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 47

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов с хронической атеросклеротической аневризмой
нисходящего отдела грудной и брюшной аорты».**

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи пациентам старше 18 лет (далее – пациенты) с хроническими атеросклеротическими аневризмами нисходящего отдела грудной и брюшной аорты:

аневризма грудной части аорты без упоминания о разрыве (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – I71.2.);

аневризма брюшной аорты без упоминания о разрыве (шифр по МКБ-10 – I71.4).

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 основные 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), а также следующие термины и определения:

аневризма брюшной аорты (далее – АБА) – расширение аорты в брюшном отделе ≥ 30 мм в диаметре поперечного сечения;

аневризма нисходящего отдела грудной аорты (далее – АНГА) – расширение аорты в нисходящем грудном отделе ≥ 35 мм в диаметре поперечного сечения;

артериальная гипертензия (далее – АГ) – стойкое повышение систолического артериального давления >140 и (или) диастолического артериального давления >90 мм рт. ст.;

острый аортальный синдром (далее – ОАС) – острое повреждение стенки аорты с вовлечением меди; включает: расслоение, интрамуральную гематому, и пенетрирующую атеросклеротическую язву.

4. Классификации хронических атеросклеротических АНГА и АБА построены с учетом морфологии, локализации и клинического течения заболевания:

4.1. по форме различают мешковидные и веретенообразные (диффузные) аневризмы;

4.2. по размерам:

малая (максимальный диаметр до 39 мм);

средняя (максимальный диаметр 40–54 мм);

большая (диаметр >55 мм);

4.3. по распространенности расширения различают:

4.3.1. классификация АНГА:

тип А – аневризма распространяется от уровня перешейка аорты проксимально до уровня 6-й пары межреберных артерий дистально;

тип В – от уровня 6-й пары межреберных артерий проксимально до уровня диафрагмы дистально;

тип С – с вовлечением всей нисходящей части грудной аорты;

4.3.2. классификация торакоабдоминальных аневризм аорты (Crawford):

тип I – с вовлечением всей или большей части нисходящей грудной и проксимальной части брюшной аорты;

тип II – с вовлечением всей или большей части как нисходящей грудной, так и брюшной частей аорты;

тип III – с вовлечением дистальной части (ниже 6-й пары межреберных артерий) нисходящей грудной и большей части брюшной аорты;

тип IV – с вовлечением всей или большей части брюшной аорты;

тип V – с вовлечением дистальной части (ниже 6-й пары межреберных артерий) нисходящей грудной и проксимальной (висцеральной) части брюшной аорты;

4.3.3. классификация АБА:

инфраренальные (тип I);

юкстаренальные (тип II);

пара- или интерренальные (тип III);

супраренальные (тип IV) – соответствует IV типу торакоабдоминальных аневризм;

4.4. по течению и клинике заболевания (АБА, АНГА):

асимптомное течение;

безболевого течение;

болевого стадия заболевания;

осложнения, в том числе, объединенные в ОАС.

5. При установлении, впервые в жизни, диагноза АНГА или АБА, или при наличии обоснованного предположения об АНГА или АБА, диагностика проводится в амбулаторных условиях в соответствии с таблицей 1 приложения к настоящему Клиническому протоколу, далее пациент направляется на консультацию к врачу-ангиохирургу для верификации диагноза и согласования тактики лечения.

6. При установлении диагноза осложненной АНГА (АБА) или при наличии обоснованного предположения о развитии у пациента осложнений АНГА (АБА), пациент направляется в отделение хирургии сосудов больницы организации здравоохранения в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

7. Больничная организация здравоохранения, где выполняется открытое хирургическое лечение пациентов с АНГА (АБА), должна быть обеспечена возможностью проведения быстрой интраоперационной реинфузии крови, заместительной почечной терапии, выполнения компьютерной томографии (далее – КТ) или магнито-резонансной томографии (далее – МРТ).

8. Ранняя диагностика аневризмы аорты основывается на клинико-инструментальных данных. Клиническая симптоматика может отсутствовать.

9. Выделяют симптомы АНГА и АБА больших размеров (непостоянные и низкоспецифичные):

чувство тяжести, пульсации в животе;
тупые боли в животе, спине, грудной клетке;
слабость.

10. Симптомы и состояния (непостоянные), указывающие на наличие осложнений АНГА и АБА:

10.1. специфичные:

острая резкая, ломящая или пульсирующая боль в груди или животе, распространяющаяся на спину, ягодицы, паховую область, ноги пациента, которая может указывать на расслоение аорты или другой ОАС, и лучше всего описывается как «ощущение разрыва»;

перемежающаяся хромота, развившаяся в течение короткого времени (часы, сутки) после болевого синдрома в грудной клетке, спине, животе, пояснице;

10.2. низкоспецифичные:

постоянная или перемежающаяся боль в животе, или дискомфорт, нарастающие, если аневризматический мешок сдавливает спинальные корешки, или происходит «пенетрация» в органы и ткани;

кашель, одышка или болезненное глотание при больших АНГА;

чувство пульсации в животе, чувство «переполнения» при больших АБА после минимального приема пищи;

инсульт, транзиторная ишемическая атака;

охриплость голоса из-за паралича левого гортанного нерва при быстро прогрессирующих АНГА;

перемежающаяся хромота.

11. Анамнез. При сборе анамнеза выявляется наличие персональных факторов риска сердечно – сосудистых заболеваний, семейный анамнез заболеваний артерий, особенно наличия аневризм, случаев разрыва аневризмы (далее – РА) или внезапной смерти.

12. Физикальное обследование включает осмотр, пальпацию и аускультацию живота, включая боковые области, в поисках выделяющихся артериальных пульсаций или шумов, определение пульсации магистральных артерий в стандартных точках, аускультацию грудной клетки.

13. Лабораторные исследования включают в себя:

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

биохимическое исследование крови с определением глюкозы, мочевины, креатинина, креатинфосфокиназы (далее – КФК), аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), электролитов, С-реактивного белка (далее – СРБ);

липидограмму (определение холестерина, липопротеинов низкой плотности (далее – ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (далее – ЛПВП), триглицеридов, коэффициента атерогенности (далее – КА).

14. Инструментальные методы исследования. Визуализация.

14.1. Основные (обязательные) методы визуализации:

14.1.1. для АНГА:

трансторакальная эхокардиография (далее – Т-ЭхоКГ);

неконтрастная КТ или КТ-ангиография по показаниям или МРТ;

рентгенография органов грудной клетки для первичной диагностики АНГА применяется при отсутствии возможности выполнения КТ или МРТ, выявляет аномалии контура и размеров аорты.

Наличие нормального силуэта аорты не является достаточным, чтобы исключить наличие аневризмы аорты;

14.1.2. для АБА:

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Протокол ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства должен включать визуализацию брюшного отдела

аорты с определением ее максимальных диаметров в поперечном сечении на разных уровнях;

КТ органов грудной клетки и органов брюшной полости; по показаниям КТ-ангиография или МРТ;

14.2. Дополнительные методы визуализации (выполняются при наличии показаний):

14.2.1. для АНГА:

чреспищеводное ультразвуковое исследование (далее – ЧП-УЗИ);

аортография (используется при планировании хирургического лечения в отделении хирургии сосудов больницы организации здравоохранения для получения дополнительной информации о состоянии аорты и магистральных ее ветвей);

14.2.2. для АБА:

аортография и артериография нижних конечностей (используется при планировании хирургического лечения в отделении хирургии сосудов больницы организации здравоохранения для получения дополнительной информации о состоянии аорты и магистральных ее ветвей).

15. Диагностические мероприятия на этапах оказания медицинской помощи проводятся согласно таблице 1 и таблице 2 приложения к настоящему Клиническому протоколу.

16. Факторы, влияющие на прогрессирование и прогноз заболевания:

воспалительные изменения в стенке аорты, определяемые по повышению уровня СРБ; артериальное давление;

липидный спектр крови, в частности, индикаторные показатели – уровень ЛПНП и КА;

исходный диаметр (далее – D) и протяженность (длина) аневризмы (далее – L);

приверженность пациента к лечению.

17. Прогностические показатели (исходно) благоприятного течения АНГА и АБА (целевые прогностические показатели):

уровень СРБ <2,7 мг/л;

КА <2,7;

ЛПНП <2,7 ммоль/л;

АД <132,4/78,6 мм рт. ст.;

D <36,3 мм; L <63,3 мм;

наличие приверженности пациента к лечению.

18. Прогностические показатели (исходно) неблагоприятного течения АНГА и АБА:

уровень СРБ >8,3 мг/л;

КА >4,0;

ЛПНП >3,6 ммоль/л;

АД >142,1/86,8 мм рт. ст.;

D >44,3 мм; L >81 мм;

низкий уровень приверженности пациента к лечению.

19. Пациентам с асимптомным течением заболевания с диаметром аневризмы менее 55 мм показано наблюдение в амбулаторных условиях с выполнением диагностических мероприятий и консервативное лечение согласно таблице 1 приложения к настоящему Клиническому протоколу. Интервал наблюдения врачом-кардиологом зависит от диаметра аневризмы у пациента:

3,0–3,9 см – пациент наблюдается через 36 месяцев;

4,0–4,4 см – пациент наблюдается через 24 месяца;

4,5–5,0 см – пациент наблюдается через 12 месяцев;

более 5 см – пациент наблюдается через 3 месяца.

20. При благоприятном прогнозе заболевания согласно пункту 17 настоящего Клинического протокола проводится консервативное лечение пациента с контрольным наблюдением 1 раз в год.

21. При неблагоприятном прогнозе заболевания согласно пункту 18 настоящего Клинического протокола проводится целенаправленная коррекция артериальной гипертензии, воспалительного процесса, дислипидемии до целевых прогностических

показателей согласно пункту 17 настоящего Клинического протокола. Контроль проводится с интервалом 3 месяца.

22. При недостижении целевых прогностических показателей согласно пункту 18 настоящего Клинического протокола в результате медикаментозного лечения, в сочетании с низким уровнем приверженности пациента к лечению, и при достижении при этом одного из следующих параметров, пациент направляется в отделение хирургии сосудов больницы организации здравоохранения для оперативного лечения:

скорость увеличения максимального диаметра аневризмы >5 мм за 6 мес. при $D >45$ мм и $L >80$ мм;

максимальный диаметр АНГА >55 мм (показание к эндопротезированию);

максимальный диаметр АНГА >60 мм, при невозможности эндопротезирования (показание к протезированию);

максимальный диаметр АБА >55 мм для мужчин и >50 мм для женщин (показание к протезированию или эндопротезированию);

развитие ОАС, других осложнений АНГА и АБА.

23. Консервативное лечение пациентов с АНГА и АБА проводится на всех этапах оказания медицинской помощи в соответствии с таблицами 1 и 2 приложения к настоящему Клиническому протоколу.

24. Показаниями для направления в отделение хирургии сосудов больницы организации здравоохранения являются:

дополнительные (по показаниям) исследования, оперативное вмешательство.

25. Оказание медицинской помощи (диагностика и лечение) в амбулаторных условиях проводится согласно таблице 1 приложения к настоящему Клиническому протоколу.

26. Оказание медицинской помощи (диагностика и лечение) в стационарных условиях проводится согласно таблице 2 приложения к настоящему Клиническому протоколу.

27. Оперативное лечение пациентов с АНГА и АБА включает методы эндоваскулярного лечения (эндопротезирования), открытого хирургического лечения, а также сочетание эндоваскулярного и хирургического методов лечения («гибридные» операции). Больничная организация здравоохранения должна быть обеспечена возможностью выполнения быстрой интраоперационной реинфузии крови, заместительной почечной терапии, КТ или МРТ.

Противопоказания для оперативного лечения: тяжелая хроническая сердечная недостаточность, выраженные нарушения функции почек и печени, тяжелые сопутствующие заболевания, тяжелые окклюзирующие поражения различных сосудистых бассейнов.

28. Оперативное лечение пациентов с АНГА. У пациентов высокого риска проводится интраоперационный мониторинг давления спинномозговой жидкости и ее дренаж, при этом давление спинномозговой жидкости в интра- и послеоперационном периоде поддерживается на уровне ≥ 10 мм водного столба. При наличии подходящих анатомических условий, эндопротезирование рассматривается прежде открытого хирургического лечения:

28.1. эндопротезирование нисходящего грудного отдела аорты. В ситуациях с поражением важных боковых ветвей аорты, эндопротезирование сочетается с хирургической реваскуляризацией этих ветвей («гибридный» подход);

28.2. протезирование нисходящего грудного отдела аорты. При вовлечении в патологический процесс межреберных артерий в промежутке от ThVI до ThXI, максимально возможное их количество включается в кровоток при протезировании.

29. Оперативное лечение пациентов с АБА:

29.1. протезирование брюшного отдела аорты. При пережатии почечных и висцеральных ветвей на время, превышающее 30 минут, применяются методики защиты почек и внутренних органов от ишемии;

29.2. эндопротезирование брюшного отдела аорты выполняется при наличии следующих анатомических условий:

длина проксимальной посадочной зоны >15 мм;

отсутствие массивного пристеночного тромбоза и кальциноза в проксимальной посадочной зоне.

30. Раннее послеоперационное наблюдение и лечение.

В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов проводится мониторинг АД, частоты сердечных сокращений, учет почасового диуреза. У пациентов с АНГА продолжается мониторинг давления спинномозговой жидкости и ее дренирование по показаниям.

31. Пациенты после выполнения эндопротезирования под наркозом, наблюдаются в отделении интенсивной терапии и реанимации больничной организации здравоохранения не менее 3 часов после экстубации, далее переводятся в отделение хирургии сосудов при условии стабильных гемодинамики, неврологического статуса, диуреза.

32. Пациенты после выполнения эндопротезирования в условиях регионарной анестезии (спинно-мозговой, эпидуральной, проводниковой) переводятся в отделение хирургии сосудов или в отделение интенсивной терапии и реанимации больничной организации здравоохранения – для стабилизации гемодинамики.

33. Пациенты после открытого хирургического протезирования переводятся в отделение интенсивной терапии и реанимации больничной организации здравоохранения. Контролируются и корректируются водно-электролитный баланс организма с учетом центрального венозного давления и почасового диуреза, кислотно-щелочное состояние крови, биохимические показатели крови, показатели свертываемости крови. Мониторятся и корректируются артериальное давление, частота сердечных сокращений, электрокардиограмма с анализом сегмента ST, насыщение периферической крови кислородом (сатурация). У пациентов с АНГА продолжается мониторинг давления спинномозговой жидкости и ее дренирование по показаниям. Сроки нахождения в отделении интенсивной терапии и реанимации больничной организации здравоохранения, при неосложненном течении послеоперационного периода, составляют 24–48 часов с последующим переводом в отделение хирургии сосудов больничной организации здравоохранения.

34. Оказание медицинской помощи (диагностика и лечение) после оперативного вмешательства по поводу АНГА и АБА проводится согласно таблице 2 и таблице 3 приложения к настоящему Клиническому протоколу.

35. Для пациентов, перенесших открытое хирургическое вмешательство на грудной аорте, либо ее эндопротезирование, первое контрольное исследование выполняется через 1 месяц для исключения ранних осложнений врачом-ангиохирургом. Контрольные исследования повторяются через 6 месяцев, 12 месяцев, а затем ежегодно. Метод выбора для визуализации – КТ или МРТ.

36. Для пациентов, перенесших эндопротезирование брюшного отдела аорты, первое контрольное исследование выполняется через 1 месяц после операции врачом-ангиохирургом, далее, по медицинским показаниям, через 3 или 6 месяцев, 12 месяцев, а затем ежегодно. Метод выбора для визуализации – КТ с контрастированием. При выявлении эндоликов 1 и 3 типов проводится дополнительная эндоваскулярная коррекция. Эндолики 2 типа наблюдаются динамически.

37. Для пациентов, перенесших открытое хирургическое протезирование брюшного отдела аорты, первое контрольное исследование врачом-ангиохирургом проводится через 1 месяц после операции, затем – 1 раз в год или 1 раз в 2 года (по показаниям). Методы выбора для визуализации – УЗИ, КТ; оцениваются зоны проксимального и дистального(ых) анастомозов с измерением диаметров поперечного сечения.

Приложение
к Клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
с хронической атеросклеротической
аневризмой нисходящего отдела
грудной и брюшной аорты»

Таблица 1

Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях до хирургического вмешательства

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10). Уровень оказания медицинской помощи	Диагностика		Лечение	Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий)
	обязательная	дополнительная (по показаниям)	необходимое	
1	2	3	4	5
Аневризма грудной части аорты без упоминания о разрыве (I71.2). Аневризма брюшной части аорты без упоминания о разрыве (I71.4). Районные, межрайонные организации здравоохранения, организации здравоохранения городского подчинения (1-й уровень, амбулаторные условия)	Осмотр врача-терапевта участкового (врача общей практики). Осмотр врача-хирурга. Анамнез. Физикальное обследование. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: липидограмма, СРБ. Анализ крови на сифилис. Рентгенография органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, брюшной аорты. ЭКГ. Т-ЭхоКГ. Контроль и самоконтроль АД	КТ или МРТ органов грудной клетки и (или) брюшной полости. Консультация и плановые наблюдения врача-кардиолога, врача-ангиохирурга	1. Рекомендации: избегать тяжелых физических нагрузок, подъема тяжести более 4 килограммов, избегать эмоциональных перегрузок. 2. Коррекция факторов риска: артериальной гипертензии, дислипидемии, лечение коморбидных заболеваний, формирование приверженности к лечению, отказ от курения, профилактика и лечение запоров, гиполипидемическая диета. 3. Применение гиполипидемической терапии: ингибиторы ГМГ-КОА редуктазы: статины (аторвастатин 10–80 мг/сутки внутрь, симвастатин 10–80 мг/сутки внутрь, розувастатин в дозе 10–40 мг/сутки внутрь) до целевых уровней (холестерин <4,5 ммоль/л, триглицериды (ТГ) <1,7 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) <1,8 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) >1,2 ммоль/л, коэффициент атерогенности (КА) <2,7); фибраты (фенофибрат 145 мг/сутки внутрь). 4. Достижение целевого уровня АД менее 130/80 мм рт. ст.: 4.1. ингибиторы АПФ (далее – ИАПФ): эналаприл 2,5–40 мг в сутки внутрь, рамиприл 2,5–10 мг/сутки внутрь, фозиноприл 5–20 мг/сутки внутрь, лизиноприл 2,5–20 мг/сутки внутрь, периндоприл 2,5–10 мг/сутки внутрь, квинаприл 10–40 мг/сутки внутрь, каптоприл 25–100 мг/сутки, или АРА (при непереносимости ИАПФ): валсартан 80–160	Улучшение и стабилизация состояния. Отсутствие увеличения диаметра аневризмы

			мг/сутки внутрь, лозартан 50–150 мг в сутки внутрь, кандесартан 4–32 мг/сутки внутрь, телмисартан 40–80 мг /сутки внутрь, ирбесартан 150 мг/сутки внутрь, эпросартан 600 мг/сутки внутрь; 4.2. дигидропиридиновые антагонисты кальция: амлодипин 2,5–10 мг/сутки внутрь, лерканидипин 2,5–10 мг/сутки внутрь, нифедипин с медленным высвобождением 30–60 мг/сутки внутрь; 4.3. бета-адреноблокаторы (БАБ): бисопролол 1,25–10 мг/сутки внутрь, метопролол 12,5–100 мг/сутки, небиволол 2,5–10 мг/сутки внутрь, карведилол 25–100 мг/сутки внутрь под контролем ЧСС (до 65 ударов в минуту утром сидя) и АД (до 130/80 мм рт. ст.). 5. При наличии артериальной гипертензии проводится лечение согласно клиническому протоколу диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением. 6. При наличии нарушений сердечного ритма проводится лечение согласно клиническому протоколу диагностики и лечения тахикардии и нарушения проводимости. 7. При наличии хронической сердечной недостаточности проводится лечение согласно клиническому протоколу диагностики и лечения сердечной недостаточности. 8. Антиагрегантная терапия: ацетилсалициловая кислота 75 мг в сутки внутрь или клопидогрель 75 мг в сутки внутрь. 9. При наличии воспалительного процесса – эмпирическая антибактериальная терапия. 10. При наличии показаний для дополнительных обследований и решения вопроса о необходимости оперативного лечения – направление в больницу организацию здравоохранения	
--	--	--	--	--

Таблица 2

Оказание медицинской помощи в стационарных условиях

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10). Уровень оказания медицинской помощи	Диагностика		Лечение	Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий)
	обязательная	дополнительная (по показаниям)	необходимое	

1	2	3	4	5
Аневризма грудной части аорты без упоминания о разрыве (I71.2). Аневризма брюшной части аорты без упоминания о разрыве (I71.4). Отделения хирургии сосудов областных и республиканских организаций здравоохранения (2-й уровень, отделения хирургии сосудов)	Осмотр врача-ангиохирурга. Консультация врача – рентгено-эндоваскулярного хирурга. Жалобы. Анамнез. Физикальное обследование. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: липидограмма, СРБ, коагулограмма, клиренс креатинина или уровень гломерулярной фильтрации (далее – GFR). Анализ крови на сифилис. УЗИ ОБП, забрюшинного пространства, брюшной аорты. ЭКГ. Т-ЭхоКГ	КТ и КТ-ангиография или МРТ. Коронароангиография. Аортография, Артериография нижних конечностей. УЗДГ брахиоцефальных артерий (далее – БЦА). УЗДГ артерий нижних конечностей. ЧП-ЭхоКГ. Радиоизотопная ренография	1. Рекомендации и коррекция факторов риска: согласно пункту 1 и пункту 2 таблицы 1 приложения к настоящему Клиническому проколу. 2. Гиполипидемическая терапия: согласно пункту 3 таблицы 1 приложения к настоящему Клиническому проколу. 3. При наличии артериальной гипертензии проводится лечение согласно клиническому протоколу диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением. 4. При наличии нарушений сердечного ритма проводится лечение согласно клиническому протоколу диагностики и лечения тахикардии и нарушения проводимости. 5. При наличии хронической сердечной недостаточности проводится лечение согласно клиническому протоколу диагностики и лечения сердечной недостаточности. 6. Хирургическое лечение пациентов, включающее методы эндоваскулярного лечения (эндопротезирования), открытого хирургического лечения, а также сочетание эндоваскулярного и хирургического методов лечения (гибридные оперативные вмешательства). 7. Периоперационная антибиотикопрофилактика перед операцией с целью снижения развития послеоперационных и раневых осложнений проводится однократно: цефазолин пациентам с массой тела менее 120 кг – 2 г в/в за 60 мин до хирургического вмешательства; пациентам с массой тела более 120 кг – 3 г в/в за 30-60 мин до хирургического доступа или цефутоксим 1,5 г в/в за 60 мин до операции), или ванкомицин 15 мг/кг в/в, не более 2 г за 120 минут до хирургического доступа), или клиндамицин 900 мг в/в за 60 минут до хирургического доступа). 8. В случае развития послеоперационных	Улучшение и стабилизация состояния. Отсутствие увеличения диаметра аневризмы. Хирургическая ликвидация или эндоваскулярная изоляция аневризмы, выздоровление. Отсутствие увеличения диаметров неоперированных участков аорты

			осложнений проводится эмпирическая антибактериальная терапия. 9. Для профилактики тромбоэмболических осложнений при оперативных вмешательствах, а также применение антикоагулянтов и антиагрегантов для профилактики тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде выполняются согласно клиническому протоколу лечения и профилактики венозной тромбоэмболии и клиническому протоколу диагностики и лечения тахикардии и нарушения проводимости. 10. Проведение посиндромной терапии. 11. Коррекция сопутствующей патологии	
--	--	--	--	--

Таблица 3

Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях после хирургического вмешательства

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10). Уровень оказания медицинской помощи	Диагностика		Лечение	Исход заболевания, цель мероприятий (результат мероприятий)
	обязательная	дополнительная (по показаниям)	необходимое	
1	2	3	4	5
Аневризма грудной части аорты без упоминания о разрыве (I71.2) после хирургического вмешательства Аневризма брюшной части аорты без упоминания о разрыве (I71.4) после хирургического вмешательства. Районные, межрайонные организации здравоохранения, организации (1-й уровень, амбулаторные условия)	Осмотр врача-терапевта участкового (врача общей практики). Осмотр врача-хирурга. Физикальное обследование. Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: липидограмма, СРБ. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, брюшной аорты. ЭКГ. Т-ЭхоКГ. Контроль и самоконтроль АД	Консультация и плановые наблюдения врача-кардиолога, врача-ангиохирурга. КТ или МРТ органов грудной клетки и (или) брюшной полости	1. Рекомендации: избегать тяжелых физических нагрузок, подъема тяжести более 4 килограммов, избегать эмоциональных перегрузок. 2. Коррекция факторов риска: дислипидемии, лечение коморбидных заболеваний, формирование приверженности к лечению, отказ от курения, профилактика и лечение запоров, гиполипидемическая диета. 3. Лечение артериальной гипертензии, нарушений ритма сердца, хронической сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца проводится в соответствии с клиническими протоколами по диагностике и лечению заболеваний системы кровообращения	Улучшение и стабилизация состояния. Отсутствие увеличения диаметра аневризмы. Контрольные сроки наблюдения согласно пунктам 35, 36, 37 настоящего Клинического протокола