

## Некоторые схемы предоперационной подготовки толстого кишечника

Способ/препарат	Рекомендуемый режим
<p>Классический, общепринятый способ механической подготовки кишечника</p>	<p>День 1 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• соблюдение диеты (стол 1 + ограничить или исключить продукты, содержащие клетчатку)</li> <li>• Бисакодил – 5 мг в 18.00</li> </ul> <p>День 2 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• соблюдение диеты (стол 1 + ограничить или исключить продукты, содержащие клетчатку)</li> <li>• 50% магнезии сульфат 30 мл (15 г) в 10.00, 14.00 и 18.00.</li> <li>• очистительная клизма с гипертоническим раствором хлорида натрия вечером</li> </ul> <p>День 3 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• жидкая диета (стол 0) (после 13.00 – только жидкость)</li> <li>• 50% магнезии сульфат 30 мл (15 г) в 10.00 и 14.00</li> <li>• Неомицин 1 г + метронидазол 1 г per os в 13.00, 14.00 и 23.00</li> <li>• В/в вливания кристаллоидов и коллоидов</li> </ul> <p>День 4 - операция</p>
<p>Подготовка с использованием натрия фосфата*</p>	<p>День 1 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Соблюдение диеты (стол 1 + ограничить или исключить продукты, содержащие клетчатку)</li> </ul> <p>День 2 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Жидкая диета – стол 0 (после 13.00 – только жидкость)</li> <li>• Натрия фосфат 45 мл (Fleet® Fospho-soda®)– по 1 чайной ложке, запивать 120-240 мл воды; принимать каждые 20-30 мин с 15.00 по 19.00</li> <li>• <i>бисакодил – 5 мг в 19.00 или свечи с бисакодиллом – необязательный компонент</i></li> <li>• Неомицин 2 г + метронидазол 2 г - в 19.00 и 23.00</li> </ul> <p>День 4 - операция</p>
<p>Подготовка с использованием средств на основе полиэтиленгликоля**</p>	<p>День 1 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Соблюдение диеты (стол 1 + ограничить или исключить продукты, содержащие клетчатку)</li> </ul> <p>День 2 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Жидкая диета – стол 0 до 13.00</li> <li>• Средство на основе полиэтиленгликоля (PEG-ELS®) 3-4 л (3840 мл) принимать по 250 мл каждые 15 мин с 15.00 по 19.00</li> <li>•</li> <li>• Неомицин 2 г + метронидазол 2 г per os в 19.00 и 23.00</li> </ul> <p>День 4 - операция</p>

**Примечания:**

\* **Препараты на основе фосфата натрия – Fleet® Fospho-soda®**

\*\* **Препараты на основе полиэтиленгликоля – PEG Laxatives®, NutraPrep™, Colyte® PEG-3350, GoLYTELY®, Nulytely®, Colyte®**

**Препараты на основе цитрата магния - LoSoPrep™**

Каждый из препаратов вызывает выраженную диарею. Для поддержания электролитного баланса растворителем для ряда средств служит сбалансированные растворы электролитов, например, раствор Рингера. Тем не менее, у больных необходимо следить за гомеостазом и при малейших признаках обезвоживания назначать внутривенные вливания, преимущественно электролиты и глюкоза.

**Препараты и режимы деконтаминации ЖКТ перед колоректальными вмешательствами.**

<b>Комбинация/Препарат</b>		<b>Доза</b>	<b>Режим</b>
1.	Неомицин	1 г	Per os в 13.00, 14.00, 23.00 за день до операции
	Метронидазол	1 г	Per os в 13.00, 14.00, 23.00 за день до операции
2.	Неомицин	2 г	Per os в 19.00, 23.00 за день до операции
	Метронидазол	2 г	Per os в 19.00, 23.00 за день до операции
3.	Неомицин	1 г	Per os в 13.00, 14.00, 23.00 за день до операции
	Эритромицин	1 г	Per os в 13.00, 14.00, 23.00 за день до операции
4.	Неомицин	1 г	Per os в 13.00, 14.00, 23.00 за день до операции
	Тетрациклин	0,5 - 1 г	Per os в 13.00, 14.00, 23.00 за день до операции
5.	Канамицин	1 г	Per os в 13.00, 14.00, 23.00 за день до операции
	Метронидазол	1 г	Per os в 13.00, 14.00, 23.00 за день до операции

## Наиболее значимые возбудители послеоперационных инфекционных осложнений и препараты выбора для антибиотикопрофилактики в колопроктологии

Вид хирургического вмешательства	Микроорганизм	Препараты выбора	Рекомендуемый режим введения		Препараты резерва	Рекомендуемый режим введения		
			До- и во время операции	После операции		До- и во время операции	После операции	
Колоректальные вмешательства <sup>b</sup>	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , <i>Enterococcus spp.</i> , <i>S.aureus</i> , <i>Streptococcus spp.</i>	Цефокситин <sup>†</sup> (Анаэроцеф <sup>е</sup> )	2 г в/в за 15-30 мин операции	Только у пациентов с высоким риском <sup>9</sup> – 2-4 дозы по 2 г через 6, 12, 18 и 24 часа после операции	Клиндамицин <sup>а</sup>	900 мг в/в за 15-30 мин до операции	Только у пациентов с высоким риском <sup>9</sup> – 2-3 дозы по 600 мг через 8, 16 и 24 часа после операции	
		Цефтриаксон (Цефтриабол <sup>е</sup> )	1 г в/в за 15-30 мин до операции			гентамицин	1,7 мг/кг в/в медленно за 15-30 мин до операции	Только у пациентов с высоким риском <sup>9</sup> 1,7 мг/кг в/в медленно через 12 ч после введения первой дозы
						Цефуроксим <sup>†</sup> (Цефурабол <sup>е</sup> )	1,5 г в/в за 15-30 мин до операции	Только у пациентов с высоким риском <sup>9</sup> – 2-3 дозы по 0,75 г в/в через 8, 16 и 24 часа после операции
						метронидазол <sup>с</sup>	500 мг в/в в виде инфузии; начать за 60 мин до операции	У пациентов с высоким риском <sup>9</sup> - 2 дозы по 500 мг в/в через 8 и 16 часов после операции
						Цефамандол <sup>†</sup> (Цефамабол <sup>е</sup> )	2 г в/в за 15-30 мин до операции	Только у пациентов с высоким риском <sup>9</sup> – 2-4 дозы по 2 г в/в через 6, 12, 18 и 24 часа после операции
						метронидазол <sup>с</sup>	См. выше	

### Примечание 1:

<sup>a</sup> - у пациентов с аллергией на бета-лактамы;

<sup>b</sup> - указанные режимы могут быть использованы в экстренной колопроктологии;

<sup>c</sup> - комбинация с метронидазолом необходима для защиты от вероятной контаминации анаэробами;

<sup>d</sup> - гентамицин может усиливать нейро-мышечную блокаду при одновременном применении средств для ингаляционного наркоза, опиоидных анальгетиков, миорелаксантов, переливания цитратной крови; **никогда не смешивать с цефалоспори́нами, миорелаксантами, гепари́ном и средствами для наркоза !!!**;

<sup>e</sup> – высококачественные, эффективные и безопасные цефалоспорины производства ООО АБОЛмед (Россия);

<sup>f</sup> - см. таблицу «Кратность интраоперационного введения антибиотиков при проведении периоперационной антибиотикопрофилактики»;

<sup>g</sup> - **только у пациентов с высоким риском** – как доказано большинством клинических исследований, только адекватные концентрации антибиотиков в тканях операционной раны **в ходе вмешательства** гарантируют эффективность антибиотикопрофилактики; однако существуют дооперационные (например, ранее перенесенные или существующее инфекционно-воспалительное заболевание в зоне операции (неспецифический язвенный колит, параколит), сахарный диабет тяжелого течения) или интраоперационные (изменение намеченного плана операции в сторону усложнения вмешательства, эпизоды нарушения асептики и техники, массивная травматизация тканей и др.) факторы риска, когда у хирурга нет уверенности в том, что в ходе операции удалось добиться эрадикации бактерий и сохраняется угроза развития осложнений; в таких случаях - **не как правило, а как исключение** – возможно продолжить назначение антибиотиков; но следует помнить, что продолжение введения антибиотиков более, чем **через 24 часа после операции не приводит к повышению эффективности антибиотикопрофилактики.**

### Примечание 2:

*в колопроктологии, как в никакой другой отрасли хирургии, перед врачом стоит задача предотвратить развитие гнойно-септических осложнений при «открытии» просвета толстого кишечника – важнейшего резервуара микроорганизмов. Поэтому, вероятность использования «сверхкороткого» режима профилактики, когда антибиотик будет вводиться после операции минимум сутки, очень велика. Однако не стоит расширять продолжительность использования антибактериальных средств в течение недели – такой подход не только не обоснован, но и пагубно отражается на самом больном, расходах за лечение и на микробном пейзаже всего отделения.*