

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
30 ноября 2023 г. № 182

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, 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:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острыми гастродуоденальными кровотечениями в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с закрытой травмой грудной клетки в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым аппендицитом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым холециститом в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с перфоративной гастродуоденальной язвой в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с травмой живота в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ущемленной грыжей в стационарных условиях» (прилагается).

2. Признать утратившим силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 46 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с острыми хирургическими заболеваниями».

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

**Министр**

**Д.Л.Пиневич**

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

Государственный пограничный  
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной  
безопасности Республики Беларусь

Министерство внутренних дел  
Республики Беларусь

Министерство обороны  
Республики Беларусь

Министерство  
по чрезвычайным ситуациям  
Республики Беларусь

Национальная академия  
наук Беларуси

Управление делами  
Президента Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
30.11.2023 № 182

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)  
с ущемленной грыжей в стационарных условиях»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи пациентам (взрослое население) с ущемленной грыжей (далее – УГ) в стационарных условиях (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – К40.0 Двусторонняя паховая грыжа с непроходимостью без гангрены, К40.1 Двусторонняя паховая грыжа с гангреной, К40.3 Односторонняя или неуточненная паховая грыжа с непроходимостью без гангрены, К40.4 Односторонняя или неуточненная паховая грыжа с гангреной, К41.0 Двусторонняя бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены, К41.1 Двусторонняя бедренная грыжа с гангреной, К41.3 Односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены, К41.4 Односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с гангреной, К42.0 Пупочная грыжа с непроходимостью без гангрены, К42.1 Пупочная грыжа с гангреной, К43.0 Инцизионная грыжа с непроходимостью без гангрены, К43.1 Инцизионная грыжа с гангреной).

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении».

4. К категории пациентов с УГ относятся пациенты с наличием грыжи любой локализации с ущемлением или подозрением на ущемление.

5. Наличие УГ или подозрение на наличие УГ является основанием для экстренной госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации.

Медицинская транспортировка пациента с УГ в больничную организацию осуществляется в положении лежа.

В приемном отделении больничной организации пациента с УГ или подозрением на УГ в экстренном порядке осматривает и оценивает степень тяжести состояния пациента врач-хирург.

6. При подозрении на УГ не допустима попытка ее вправления. При самостоятельном вправлении УГ пациент госпитализируется в хирургическое отделение больничной организации для дальнейшего медицинского наблюдения.

7. Длительность стационарного лечения в каждом конкретном случае определяется индивидуально.

8. Для лечения пациентов с УГ рекомендованы базовые схемы фармакотерапии заболеваний, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

ЛП представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием пути введения, лекарственных форм и дозировок, режима дозирования и разовой (при необходимости суточной, максимальной разовой) дозы.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается

включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям или в режиме дозирования, не утвержденными инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label).

При назначении ЛП off-label проводится врачебный консилиум о необходимости назначения данного ЛП.

В каждой конкретной ситуации в интересах пациента при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости и (или) чувствительности) по решению врачебного консилиума допускается расширение объема диагностики и лечения с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол.

## ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА УГ

9. Обязательными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с УГ в приемном отделении больничной организации являются:

9.1. клинические методы исследования:

медицинский осмотр. Дополнительно осматриваются места выхода наружных грыж редких локализаций: переднемедиальная сторона внутренней поверхности бедра – грыжа запирающего отверстия; линия, соединяющая пупок и переднюю верхнюю ость подвздошной кости – грыжи спигелиевой линии; поясничная область (треугольник Пети и пространство Грюнфельда-Лесгафта) – поясничные грыжи; проекция большого и малого седалищного отверстия – седалищные грыжи. Медицинский осмотр пациента проводится в положениях стоя и лежа;

общая термометрия;

подсчет частоты сердечных сокращений;

подсчет частоты дыхания;

измерение артериального давления;

аускультация легких, сердца;

пальпация и перкуссия живота с выявлением наличия грыжевых выпячиваний: проекции наружных паховых колец (справа и слева от симфиза выше паховой связки), пупочного кольца, белой линии живота, проекции овальной ямки (область бедренного треугольника). При наличии послеоперационных рубцов выполняется детальная пальпация всей длины имеющегося послеоперационного рубца на предмет определения грыжевых выпячиваний;

пальцевое ректальное исследование;

9.2. лабораторные методы исследования:

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

общий анализ мочи;

9.3. инструментальные методы исследования:

электрокардиограмма (пациентам в возрасте 40 лет и старше).

10. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с УГ в приемном отделении больничной организации являются:

10.1. клиничко-лабораторные исследования:

определение параметров кислотно-основного состояния;

биохимический анализ крови (определение содержания билирубина, глюкозы, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, С-реактивного белка, электролитов (натрий, калий, кальций общий, хлор));

10.2. инструментальные методы исследования:

ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей;

компьютерная томография органов брюшной полости;

10.3. консультации врачей-специалистов;

10.4. иные.

11. Обязательным диагностическим мероприятием при оказании медицинской помощи пациентам с УГ в хирургическом отделении больничной организации является медицинский осмотр в течение 30 минут после поступления.

12. Дополнительными диагностическими мероприятиями при оказании медицинской помощи пациентам с УГ в хирургическом отделении больничной организации являются:

12.1. клинико-лабораторные исследования:

определение параметров кислотно-основного состояния;

биохимический анализ крови (определение содержания билирубина, глюкозы, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, С-реактивного белка, электролитов (натрий, калий, кальций общий, хлор));

определение групп крови по системам АВ0 и Rh-фактор;

коагулограмма (определение фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени, протромбированного времени, международного нормализованного отношения);

повторный общий анализ крови и мочи;

12.2. инструментальные методы исследования:

фиброэзофагогастродуоденоскопия;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства или компьютерная томография органов брюшной полости;

12.3. консультации врачей-специалистов;

12.4. иные.

### **ГЛАВА 3 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УГ**

13. Установленный диагноз УГ является медицинским показанием к экстренному хирургическому вмешательству в сроки не позднее 3 часов после поступления пациента в больничную организацию.

14. Основными задачами хирургического вмешательства при УГ являются:

ликвидация ущемления;

медицинский осмотр ущемленного органа и при необходимости хирургическое вмешательство на нем;

пластика грыжевых ворот.

15. После самостоятельного вправления УГ пациентом и при сомнении в достоверности имевшего место ущемления, при ухудшении общего состояния пациента в процессе медицинского наблюдения и при появлении перитонеальной симптоматики показаны диагностическая лапароскопия или лапаротомия.

16. Перед хирургическим вмешательством осуществляется опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая подготовка области хирургического вмешательства и всей передней брюшной стенки, по медицинским показаниям выполняется постановка желудочного зонда и эвакуация желудочного содержимого.

17. Пациентам с осложненной УГ (острая кишечная непроходимость, перитонит, флегмона грыжевого мешка) или сопутствующей патологией проводится предоперационная инфузионная терапия, длительность которой не должна превышать 2 часа, которая включает базисные инфузионные растворы: солевые (например, натрия хлорид, раствор для инфузий 9 мг/мл, среднесуточная доза 1000 мл, внутривенно капельно) или глюкоза, раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мг/мл, внутривенно капельно, не более 6 г/кг массы тела в сутки, или сбалансированные полиионные растворы (например, меглюмина натрия сукцинат, раствор для инфузий 1,5 % 400 мл, внутривенно капельно, 90 капель в минуту, максимальная суточная доза 800 мл).

18. Для снижения риска контаминации брюшной полости сапрофитной флорой с целью периоперационной антибиотикопрофилактики используется цефазолин, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг,

100 мг, вводится в дозе 2,0 г (при весе пациента менее 120 кг) и в дозе 3,0 г внутривенно (при весе пациента 120 кг и более) за 60 минут до хирургического доступа, если время пропущено допускается введение за 30–60 минут. При хирургическом вмешательстве на тонком кишечнике дополнительно вводится метронидазол в дозе 500 мг внутривенно.

Повторное введение цефазолина необходимо только при длительности хирургического вмешательства более 4 часов при нормальной почечной функции и при массивной интраоперационной кровопотере более 1,5 литров, повторное введение метронидазола не требуется.

19. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений перед хирургическим вмешательством применяется один из следующих ЛП:

далтепарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл (раствор для инъекций 5000 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл). У пациентов с умеренным риском тромбоза 2500 МЕ за 1–2 часа до хирургического вмешательства, у пациентов с дополнительным риском тромбоза вводится вечером накануне операции 5000 МЕ подкожно или 2500 МЕ за 1–2 часа до хирургического вмешательства и 25000 МЕ через 12 часов;

эноксапарин кальция, раствор для инъекций 2000 анти-Ха МЕ/0,2 мл (4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно за 2 часа до хирургического вмешательства, при высоком риске тромбоза – 4000 МЕ (0,4 мл) за 12 часов до хирургического вмешательства и через 12 часов после хирургического вмешательства;

надропарин кальция, раствор для подкожного введения 2850 МЕ анти-Ха 0,3 мл (3800 МЕ анти-Ха 0,4 мл и 5700 МЕ анти-Ха 0,6 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (0,3 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью за 12 часов до хирургического вмешательства 2850 МЕ (при массе тела 51–70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг);

бемипарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ анти-Ха/0,2 мл. С профилактической целью вводится 2500 МЕ (0,2 мл) подкожно за 2 часа до хирургического вмешательства или через 6 часов после;

гепарин, раствор для внутривенного и подкожного введения (для инъекций) 5000 МЕ/мл 5 мл. По 5000 МЕ подкожно каждые 8 часов – в качестве медицинской профилактики тромбозов.

20. Хирургические вмешательства по поводу УГ выполняются под местной, спинальной или общей анестезией.

21. Разрез на передней брюшной стенке выполняется в соответствии с локализацией грыжи, при необходимости дополняется срединной лапаротомией.

22. Выделяются следующие этапы хирургического вмешательства при УГ:

вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного в нем органа;

при самопроизвольном вправлении в брюшную полость ущемленного органа во время хирургического вмешательства он извлекается для осмотра и оценки жизнеспособности. Если не удастся найти и извлечь ущемленный орган, показано расширение раны (герниолапаротомия) или диагностическая лапаротомия (лапароскопия);

рассечение ущемляющего кольца (до вскрытия грыжевого мешка недопустимо);

после рассечения ущемляющего кольца проводится оценка состояния ущемленного органа;

при наличии изменений кишки в ее брыжейку вводится до 100 мл 0,25 % раствора новокаина (лидокаина), и сомнительный участок обкладывается теплыми салфетками, смоченными в 0,9 % натрия хлорида. Жизнеспособность кишки оценивается повторно через 10 минут;

резекция нежизнеспособной кишки. При определении медицинских показаний к резекции кишки используются визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки раствора

местного анестетика. При сомнениях в жизнеспособности кишки допустимо отложить решение вопроса о резекции с использованием программированной релапаротомии или лапароскопии через 12 часов. Резекции подлежит, кроме ущемленного участка, вся макроскопически измененная часть кишки плюс 20–40 см неизмененного приводящего отрезка кишки и 5–10 см неизмененного отводящего отрезка кишки. Исключение составляют резекции вблизи связки Трейтца, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения;

аппендэктомия после формирования илео-, цеко-, асцендоанастомоза, илеотрансверзоанастомоза при резекции кишки, когда уровень наложения анастомоза приходится на самый дистальный отдел подвздошной кишки (менее 15–20 см от слепой кишки);

восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта после резекции кишки осуществляется формированием одним из видов анастомоза («конец в конец», «бок в бок» или «конец в бок»);

завершение хирургического вмешательства формированием концевой кишечной стомы при распространенном перитоните;

резекция в зоне выявленных изменений при ущемлении сальника с необратимыми изменениями;

герниопластика.

При неосложненных УГ и благоприятных условиях возможно выполнение пластики без натяжения с использованием сетчатых эксплантатов.

23. Хирургические вмешательства по поводу УГ, осложненной флегмоной грыжевого мешка, выполняются под общей анестезией, а хирургическое вмешательство начинается со срединной лапаротомии. При ущемлении тонкой кишки выполняется ее резекция с наложением анастомоза. Концы кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо и отграничиваются от брюшной полости. Ушивается лапаротомная рана. Внутривнутрибрюшной этап хирургического вмешательства временно прекращается. Выполняется герниотомия. Ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез с последующим ушиванием брюшины. При наличии флегмоны грыжевого мешка или гнойного перитонита одномоментное завершение грыжесечения пластическими хирургическими вмешательствами на мышечно-апоневротических слоях не показано. Выполняется некрэктомия. Кожная рана и подкожная клетчатка после герниотомии сводятся наводящими редкими швами с обязательным дренированием или остаются открытыми.

24. Бактериологическое исследование с определением чувствительности к антибактериальным ЛП выполняется:

содержимого грыжевого мешка;

при интраоперационном обнаружении в брюшной полости выпота (гноя).

#### ГЛАВА 4

### ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УГ

25. В послеоперационном периоде в зависимости от тяжести состояния пациента лечение проводится в условиях отделения анестезиологии и реанимации и (или) хирургического отделения больничной организации.

26. В послеоперационном периоде для обезболивания используется один из следующих неопиоидных анальгетиков (применяется преимущественно в режиме «по требованию» в инъекционной форме, при наличии возобновляемой боли в покое в течение суток возможен прием через определенные интервалы):

кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций), концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл 2 мл, вводится внутримышечно или внутривенно капельно по 100 мг каждые 12 часов; таблетки, покрытые оболочкой 100 мг, внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки; суппозитории ректальные, 100 мг, в прямую кишку по 1 суппозиторию, 1 или 2 раза в сутки;

декскетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения/концентрат для приготовления раствора для инфузий (инфузионного раствора) 25 мг/мл 2 мл, раствор вводится глубоко в мышцу. Рекомендованная доза составляет 50 мг с интервалом введения 8–12 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 150 мг;

диклофенак, раствор для внутримышечного введения, 25 мг/мл 3 мл, внутримышечно по 75 мг через 12 часов; таблетки, покрытые оболочкой 50 мг, капсулы пролонгированного действия 75 мг, внутрь суммарная суточная доза, разделенная на 2–3 приема, не должна превышать 150 мг; суппозитории ректальные 50 мг и 100 мг, по 1 суппозиторию в прямую кишку, не более 150 мг в сутки;

метамизол натрия, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг/мл 2 мл, внутривенно или внутримышечно, по 500–1000 мг, через 8–12 часов, не более 2000 мг в сутки;

кеторолак, раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах 1 мл, внутримышечно по 10–30 мг, каждые 4–6 часов, не более 90 мг в сутки; таблетки, покрытые оболочкой 10 мг, внутрь 10 мг 3–4 раза в сутки, не более 5 дней;

лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 8 мг, таблетки, покрытые оболочкой 4 мг и 8 мг. Парентерально 8 мг внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг. Внутрь суточная доза составляет 8–16 мг, разделенные на 2–3 приема. Максимальная суточная доза не должна превышать 16 мг.

27. При неэффективности нестероидных противовоспалительных ЛП возможно использование одного из следующих опиоидных анальгетиков:

тримеперидин, раствор для внутримышечного и подкожного введения 20 мг/мл 1 мл, подкожно или внутримышечно вводится 10–40 мг (1 мл 1 % раствора – 2 мл 2 % раствора). Максимальная разовая доза 40 мг, максимальная суточная доза 160 мг;

трамадол раствор для инъекций 50 мг/мл 2 мл, внутримышечно, внутривенно или подкожно по 50–100 мг, максимальная суточная доза 400 мг. Повторное введение возможно не ранее, чем через 30 минут.

28. При местном или распространенном внебольничном перитоните назначается один из следующих антибактериальных ЛП:

амоксциллина/клавуланат, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг/200 мг, внутривенно медленно (1,2 г ЛП растворяется в 20 мл воды для инъекций) по 1000 мг/200 мг 3–4 раза в сутки или таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг, внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки 7–10 дней;

цефепим, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 1000 мг, 2000 мг, по 2 г внутривенно или внутримышечно каждые 12 часов или в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов;

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг, внутримышечно или внутривенно медленно по 2000 мг 1–2 раза в сутки 7–10 дней или в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов;

пиперациллина/газобактам, порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий (для внутривенного введения) 4000 мг/500 мг, внутривенно капельно по 4000 мг/500 мг каждые 8 часов в монотерапии.

29. В случае аллергии на бета-лактамы в анамнезе или прием пациентом бета-лактамов в амбулаторных условиях за 3 месяца до госпитализации назначается антибактериальная терапия с применением одного из следующих ЛП:

ципрофлоксацин, раствор для инфузий 2 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 400 мг 2 раза в сутки 3–5 дней в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые

8 часов, затем ципрофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг, внутрь по 1 таблетке 1–2 раза в сутки 5–7 дней или в комбинации с метронидазолом, таблетки 250 мг, внутрь по 500 мг каждые 8 часов;

левофлоксацин, раствор для инфузий 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг 1 раз в сутки 3–5 дней в комбинации с метронидазолом, раствор для инфузий (для внутривенного введения) 5 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно по 500 мг каждые 8 часов, затем левофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 750 мг, внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки 5–7 дней или в комбинации с метронидазолом, таблетки 250 мг, внутрь по 500 мг каждые 8 часов;

моксифлоксацин, раствор для инфузий 1,6 мг/250 мл, внутривенно капельно по 0,4 г 1 раз в сутки первые 3–5 дней, затем моксифлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг, внутрь по 1 таблетке 5–7 дней.

30. При наличии бактериологического исследования с антибиотикограммой антибактериальная терапия назначается или корректируется с учетом чувствительности высеянной микрофлоры. При наличии бактериологического исследования коррекция антибактериальной терапии не проводится в случае положительного клинического течения и при отсутствии симптомов нарастания тяжести бактериального осложнения.

31. При развитии признаков грибковой инфекции на фоне проводимой антибиотикотерапии к схеме лечения добавляется флуконазол, раствор для инфузий 2 мг/мл 100 мл, капсулы 50 мг, нагрузочная доза в первые сутки 800 мг. Далее по 400 мг в сутки, минимум 7 дней. Перорально: нагрузочная доза 800 мг в сутки в первый день, далее по 400 мг в сутки в последующие дни, не менее 7 дней.

32. С целью медицинской профилактики тромбоэмболии легочной артерии и тромботических осложнений в послеоперационном периоде применяется один из следующих ЛП:

далтепарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл (раствор для инъекций 5000 МЕ/0,2 мл в шприцах 0,2 мл). При низком риске тромбоза с профилактической целью 2500 МЕ подкожно, 1 раз в сутки. При дополнительных рисках тромбоза с профилактической целью или 5000 МЕ подкожно 1 раз в сутки, или по 2500 МЕ подкожно 2 раза в сутки (при риске кровотечения);

эноксапарин кальция, раствор для инъекций 2000 анти-Ха МЕ/0,2 мл (4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2000 МЕ (0,2 мл) подкожно 1 раз в сутки, при высоком риске тромбоза с профилактической целью 4000 МЕ (0,4 мл) подкожно 1 раз в сутки;

надропарин кальция, раствор для подкожного введения 2850 МЕ анти-Ха 0,3 мл (3800 МЕ анти-Ха 0,4 мл и 5700 МЕ анти-Ха 0,6 мл). При умеренном риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (0,3 мл) подкожно 1 раз в сутки. При высоком риске тромбоза с профилактической целью 2850 МЕ (при массе тела 51–70 кг) или 3800 МЕ (при массе тела более 70 кг) через 12 часов после хирургического вмешательства и далее столько же до 3 дня после хирургического вмешательства, затем подкожно при массе тела 51–70 кг – 3800 МЕ 1 раз в сутки и 5700 МЕ при массе тела свыше 70 кг;

бемипарин натрия, раствор для инъекций 2500 МЕ анти-Ха/0,2 мл. С профилактической целью вводится подкожно 2500 МЕ (0,2 мл) 1 раз в сутки;

гепарин, раствор для внутривенного и подкожного введения (для инъекций) 5000 МЕ/мл 5 мл. По 5000 МЕ подкожно каждые 8 часов – в качестве медицинской профилактики тромбозов.

В случае прогрессивного снижения уровня тромбоцитов на фоне проводимой антикоагулянтной терапии и подозрении на гепарин-индуцированную тромбоцитопению II типа, при необходимости продолжается антикоагулянтная терапия с заменой гепарина или низкомолекулярных гепаринов на фондапаринукс натрия (раствор для внутривенного и подкожного введения 2,5 мг/0,5 мл в шприцах) по 2,5 мг подкожно 1 раз в сутки, независимо от тяжести факторов риска.

33. При иммобилизации пациента в послеоперационном периоде антикоагулянтная терапия назначается до момента активизации пациента.

34. Инфузионная терапия проводится с применением следующих ЛП:

натрия хлорид, раствор для инфузий 9 мг/мл, среднесуточная доза 1000 мл, внутривенно капельно или раствор Рингера, раствор для инфузий 200 мл, 400 мл, внутривенно капельно, максимальный суточный объем 500–3000 мл в сутки (солевые растворы для коррекции гидроионных нарушений);

растворы глюкозы, раствор для инфузий 50 мг/мл, 100 мг/мл, внутривенно капельно, не более 6 г/кг массы тела в сутки (с целью дезинтоксикационной терапии);

меглюмина натрия сукцинат, раствор для инфузий 1,5 % 400 мл, внутривенно капельно, 90 капель в минуту, максимальная суточная доза 800 мл.

## **ГЛАВА 5**

### **МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УГ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

35. Медицинское наблюдение пациентов с УГ в амбулаторных условиях осуществляется в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы) граждан, иных организациях здравоохранения.

36. Медицинское наблюдение пациентов с УГ в амбулаторных условиях осуществляют врач-хирург и иные врачи-специалисты по профилю заболевания с учетом имеющейся сопутствующей патологии на протяжении 1 месяца после выписки из больничной организации.

37. Диагностические исследования и кратность их проведения, кратность медицинского наблюдения определяются по медицинским показаниям.