

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан**  
Научный Центр медицинских и экономических проблем  
здравоохранения

**ПРОТОКОЛЫ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

(Для стационаров хирургического профиля)

Алматы 2006

## **ББК 54.5**

Одним из направлений реализации Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. является совершенствование системы управления здравоохранением. Создание системы управления качеством медицинской помощи предусматривает стандартизацию, внедрение новых (зарекомендовавших себя положительно в международной практике и рекомендуемых ВОЗ) методов диагностики и лечения заболеваний.

В соответствии с современными международными подходами стандарты в здравоохранении должны создаваться с применением специальных методологий международного уровня, основанных на принципах доказательной медицины.

В период с 2000 по 2004 годы при координации Научного Центра медицинских и экономических проблем здравоохранения (НЦМЭПЗ), разработаны периодические медико-экономические протоколы диагностики заболеваний и лечения в условиях стационара и на уровне первичной медико-санитарной помощи.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан №160 от 30.03.05г., протоколы диагностики и лечения по наиболее часто встречающимся заболеваниям были доработаны с учетом предложений по результатам апробации в регионах страны и требований доказательной медицины. Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 30.12.2005 г. № 655 «Об утверждении периодических протоколов диагностики и лечения» протоколы диагностики и лечения утверждены для внедрения.

Техническая и методологическая помощь при доработке протоколов диагностики и лечения была осуществлена международными организациями Проект ЗдравПлюс, Всемирный Банк, UNICEF, ВОЗ, UNFPA.

## Авторский коллектив

Разработка и совершенствование протоколов диагностики и лечения координировались специалистами Научного Центра медицинских и экономических проблем здравоохранения МЗ РК: Биртанов Е.А., Бейсенбекова Г.К., Гаврилов С.С., Рахимбекова Д.К., Иванченко Н.Н., Акшалова Д.З. при поддержке и содействии проекта ЗдравПлюс и ЮНПФА.

**Методологи:** Еламанова С., Жуматов К.Х., Кипшакбаев Р., Кочеткова Т., Масимов А.Б., Салов Р.В., Супиев А.

### *Акушерско-гинекологический профиль:*

**Разработчики:** Исина Г.М., Раева Р.М., Рослякова А., Султанова Ж.У., Сапарбекова А.З., Утегалиева Г.Н.

**Эксперты:** Деревянко Г.Г., Лялькина А.А., Скакова Р.С., Соколова Л.А.

### *Педиатрический профиль:*

**Разработчики:** Джаксон Н.Л., Идрисова Р.С., Имамбаева Т.М., Канатбаева А.Б., Лепесова М.М., Наурызбаева М.С., Нусипбекова С.С., Шарипова М.Н.

**Эксперты:** Алибек А.О., Каримова Р.Б., Тастанбеков Б.Ж., Хван Г.В.

### *Терапевтический профиль:*

**Разработчики:** Абубакирова Ш.С., Айтбаева С.Б., Альменова Л.Т., Джумашева Б.Б., Каменова С.У., Негай Н.А., Рысбеков Е.Р., Татибекова А.М., Семенова Р.И., Сулейменова З.И., Тойбаева Г.М.

**Эксперты:** Байзолданова А.Т., Бедарева Л.С., Берченко М.А., Исмагулова З.Б., Кабулбаев К.А., Кайшибаев Н.С., Курманова А.К., Лапин В.И., Нурмагамбетова С.А., Петрова Н.П., Слезовская Л.Г., Чеглакова В.М.

### *Хирургический профиль:*

**Разработчики:** Березко Н.А., Берикова Э.А., Ерманов Е.Ж., Каракетова Н.М., Кобцева В.Ю., Краморенко Ю.С., Малик Б.К., Мухамбетов С.М., Надиров Б.Н., Романчик А.А., Сагатова Г.С., Хусаинов Т.Э., Ячменев В.М.

**Эксперты:** Арынбаев Т.К., Дьяченко Н.А., Дюсенова Р.Б., Жиглова О.Г., Кадырбаев Р.В., Казыбаев Н.К., Куандыков Е.А., Турсунов К.Т., Халимов А.Р., Шарипова М.А., Шин А.А.

## Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций.

### Другие уточненные инфекции кожи и подкожной клетчатки

**Код протокола:** 09-101e

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** очищение раны, заживление без образования грубого рубца.

**Длительность лечения (дней):** 9

**Код МКБ:** L02 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул

**Определение:** **Абсцесс** – ограниченное капсулой скопление гноя, возникающее при острой или хронической очаговой инфекции и приводящее к тканевой деструкции в очаге (нередко с перифокальным отеком). Абсцессы кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул. *Staphylococcus aureus*.

**Фурункул** – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей. В дальнейшем воспаление переходит на саленную железу и окружающую соединительную ткань. Наиболее часто наблюдается на участках кожи, подвергающихся загрязнению (предплечья, тыл кисти) и трению (задняя поверхность шеи, поясница, ягодичная область, бедра). Вызывается чаще *Staphylococcus aureus*, реже *Staphylococcus pyogenes albus*. **Фурункулез** – множественное поражение фурункулами.

**Карбункул** – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и саленных желез с образованием обширного некроза кожи и подкожной клетчатки. Карбункул чаще развивается на задней поверхности шеи, межлопаточной и лопаточной областях, на пояснице, ягодицах, реже на конечностях. Возбудители – *Staphylococcus aureus* или стафилококковая инфекция, реже стрептококк.

**Факторы риска:** истощение, гиповитаминоз, тяжелые общие заболевания, болезни обмена веществ (сахарный диабет, ожирение), загрязнение кожи и микротравмы.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** развитие осложнений лимфангит, лимфаденит, прогрессирующий тромбоз, сепсис, гнойный менингит.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** Общий анализ крови, общий анализ мочи, микрореакция, флюорография.

**Критерии диагностики:** при фурункуле – болезненный конусовидный инфильтрат с формирующимся гнойным стержнем, на вершине инфильтрата отмечается небольшое скопление гноя с черной точкой (некроз) в центре. Пустула обычно прорывается и подсыхает, а на 3-7 сутки инфильтрат гнойно расплавляется и некротизированные ткани в виде стержня вместе с остатками волоса выделяются с гноем. При карбункуле - вначале появляется небольшой воспалительный инфильтрат с поверхностной пустулой, который быстро увеличивается в размере. Напряжение тканей приводит к возникновению резких болей при пальпации, а также распирающей, рвущей, самостоятельной боли. Кожа в области инфильтрата приобретает базовый оттенок, напряжена, отечна. Эпидермис над очагом некроза прорывается в нескольких местах, образуется несколько отверстий («сито»), из которых выделяется густой зеленовато-серый гной. В отверстиях видны некротизированные ткани. Отдельные отверстия сливаются, образуя большой дефект в коже, через который вытекает много гноя и отторгаются некротические ткани. Температура повышается до 40°С, отмечается значительная интоксикация (тошнота и рвота, потеря аппетита, сильная головная боль, бессонница, изредка бред и бессознательное состояние).

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

посев гнойного отделяемого

микроскопия мазка

**Перечень основных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:**

При фурункуле операция выполняется редко. Однако при плохом отторжении гнойно-некротического стержня кожа рассекается острым скальпелем. Рассекать фурункул нельзя, так как гнойная инфекция может распространиться на окружающие ткани. Категорически запрещается выдавливать содержимое фурункула и делать массаж в области очага воспаления. Если консервативное лечение при карбункуле не эффективно, показанием для операции является нарастание интоксикации. Операция проводится под наркозом и заключается в крестообразном рассечении карбункула через всю толщу некроза до жизнеспособных тканей с иссечением некротических тканей и вскрытием затеков. Повязки с гипертоническим раствором натрия хлорида, мазью Вишневского или другим антисептиком.

Для вскрытия абсцесса выбирают самый короткий путь с учетом анатомических образований. Можно вначале пунктировать абсцесс, а затем по игле рассечь ткани. Удалив гной, разрез расширяют и иссекают некротические ткани. Полость обрабатывают растворами антисептиков и дрени-

руют марлевыми тампонами с антисептиками, протеолитическими ферментами, антибиотиками, а также резиновыми дренажами. При плохом дренировании из основного разреза делают контрапертуру. Первые 2-3 дня рану перевязывают ежедневно и, когда она очистится от гноя и некротических тканей, переходят на редкие мазевые повязки. В некоторых случаях можно иссечь абсцесс в пределах здоровых тканей и наложить первичные швы с активной аспирацией из раны, что ускоряет ее заживление и позволяет добиться хорошего косметического эффекта.

Обосновано применение витаминов, обладающих противовоспалительным и иммуномодулирующим действием, улучшающих обмен веществ: аскорбиновая кислота 5% -2,0 в/м №10-15, поливит по 1 др. х 3 раза в день, 10 дней.

Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры:

Феноксиметилпенициллин – 0,25 г 4 раза/сут (при стрептококковой инфекции);

амоксциллин/клавуланат – 0,375-0,625 г 3 раза/сут;

цефалексин 0,5-1,0 г 4 раза/сут;

цефуроксим аксетил – 0,5 г 2 раза/сут во время еды;

эритромицин 0,5 г 4 раза/сут;

оксациллин 1-2 г 4-6 раз/сут в/в, в/м;

цефазолин 1-2 г 3 раза/сут в/в, в/м;

фузидиевая кислота 0,5-1 г 3 раза/сут внутрь;

цефтриаксон 1, 0 г 1 раз/сут в/м.

Итраконазол оральный раствор 400 мг\сут – 7 дней (профилактика кандидоза).

Местно - 2% мазь или крем на основе мупироцина, 2% мазь или крем на основе натриевой соли фузидиевой кислоты.

Учитывая упорное течение заболевания, развитие воспалительного процесса в дерме и сенсибилизацию организма назначается десенсибилизирующие средства: тиосульфат натрия 30% - 10,0 в/в ежедневно №10-15.

При гнойничковых заболеваниях имеет место нарушение периферического кровообращения и обмена веществ, в связи, с чем назначается никотиновая кислота 1% 1,0 в/м №10-15 (улучшает углеводный обмен, микроциркуляцию, оказывает сосудорасширяющее действие и улучшает регенеративные свойства ткани).

Назначаются препараты способные адсорбировать токсины активированный уголь – 6 таб. утром натощак 10 дней.

Для уменьшения возбудимости ЦНС применяют успокаивающие средства – настойка пустырника по 20 кап. х 3 раза в день в течение месяца.

Учитывая, что в патогенезе существенное значение имеют иммунодефицитные состояния, снижение реактивности организма назначают иммуномодуляторы – метилурацил 500 мг х 3 раза в день, 10 дней; метронидазол по 250 мг х 3 раза в день-10 дней. С целью коррекции пораженной поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей, при нарушении факторов неспецифической защиты и наличии сопутствующей патологии назначается панкреатин по 1 капс х 4 раза в день, 10 дней.

С целью улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции - декстран 400 мл в/в 1 р в день, курсовая доза 800 мл. Наружно назначают бактерицидные, антисептические препараты – мази с антибиотиками, растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, калия перманганат, перекись водорода), противовоспалительные, для улучшения трофики кожи.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
2. Феноксиметилпенициллин 500 мг табл
3. \*Амоксициллин+клавулановая кислота таблетка 625 мг; раствор для инъекций 600 мг во флаконе
4. \*Цефалексин 250 мг, 500 мг табл, капс; суспензия и сироп 125 мг, 250 мг/5 мл
5. \*Цефуроксим 250 мг, 500 мг табл; порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
6. \*Эритромицин 250 мг, 500 мг табл; пероральная суспензия 250 мг/5 мл
7. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг
8. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
9. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
10. \*Натрия тиосульфат раствор для инъекций 30% 5 мл, 10 мл в ампуле
11. \*Никотиновая кислота 50 мг табл; раствор в ампуле 1% 1 мл
12. \*Активированный уголь 250 мг табл
13. Настойка пустырника 30 мл, 50 мл фл
14. \*Метилурацил 10% мазь
15. \*Метронидазол 250 мг табл; раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
16. \*Панкреатин таблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД
17. \*Декстран раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл

18. \*Метиленовый синий раствор спиртовой 1% во флаконе 10 мл

19. \*Калия перманганат водный раствор 1:10 000

20. \*Перекись водорода раствор 3% во флаконе 25 мл, 40 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** заживление операционной раны

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. MedlinePlus. Furuncle and Carbunculosis;

2. Зубков М.Н. Поверхностные и глубокие инфекции кожи.

\* – препараты, входящие в список основных жизненно важных лекарственных средств.

## Воспалительные заболевания предстательной железы

**Код протокола:** 12-120г

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** уменьшение симптомов и устранение инфекции с минимальными неблагоприятными эффектами, восстановление копулятивной и фертильной функций

**Длительность лечения (дней):** 12

**Коды МКБ:** N41.1 Хронический простатит

**Определение:** **Хронический простатит** - воспаление предстательной железы инфекционного и застойного генеза.

**Классификация** (Национальный Институт Здоровья, США):

- Хронический бактериальный простатит
- Хронический абактериальный простатит (синдром хронической тазовой боли)

тип А - с повышением количества лейкоцитов в секрете простаты

тип Б - без повышения количества лейкоцитов в секрете предстательной железы

- Бессимптомное воспаление предстательной железы

- Катаральный, фолликулярный.

**Факторы риска:** болезни передающиеся половым путем, гормональные нарушения, импотенция и бесплодие.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** Боли в промежности, дизурия, осложнения (копулятивная, фертильная дисфункция и неэффективность амбула-

торного лечения).

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**  
ОАМ, микрореакция, флюорография, секрет предстательной железы, порция мочи после массажа предстательной железы, 2-стаканной пробы, бактериологическое исследование мочи после массажа, концентрация ПСАг, ПЦР, ИФА, РИФ, ПИФ, спермограмма, исследование на гормоны

**Критерии диагностики:**

1. Учащение мочеиспусканий, чувство жжения в низу живота.
2. Затруднения при мочеиспускании, болезненное мочеиспускание.
3. Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.
4. Чувство давления в промежности, заднем проходе и кпереди от него.
5. Боль в яичках или головке полового члена
6. Гематоспермия, болезненная эякуляция, ускоренная эякуляция.
7. Снижение либидо, частичная эректильная импотенция при длительном течении.
8. Лихорадка и ухудшение общего самочувствия.
9. Болезненность при пальпации низа живота.
10. Выраженная болезненность предстательной железы при пальпации.
11. Большое количество лейкоцитов, слизи и бактерий в моче.
12. УЗИ: картина хронического простатита.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Посев биологической жидкости с отбором колоний
4. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
5. УЗИ мочевого пузыря

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. ИФА Хламианитиген
2. ИФА хламидиоз IgA
3. ИФА уреаплазмоз IgM
4. ИФА трихомониаз IgG
5. ИФА герпес IgM
6. ИФА гарднереллез
7. ИФА цитомегаловирус
8. Исследование на грибы рода кандиды с изучением морфологии
9. ИФА микоплазмоз

**Тактика лечения:**

1. Ликвидация этиологического фактора (антибиотикотерапия согласно чувствительности микробной флоры) фторхинолоны (норфлоксацин

по 400 мг 2 раза в день, ципрофлоксацин по 250-500 мг 2 раза в день),-цефалоспорины 2,3 поколения, амоксициллин+клавулановая кислота и клиндамицин,макролиды (klarитромицин, сумамед, азивок, рокситромицин), тетрациклины и др.

2. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор 400 мг\сут в течение 7 дней
3.  $\alpha$ -блокаторы (тамсулозин, теразозин по 1-2 или 2,5 1 раз в сутки или альфузозин по 2,5 мг 1-2 раза в сутки) в сочетании с антибактериальными препаратами) (1,2)
4. Органотропные препараты ( простакор, свечи витапрост)
5. Массаж предстательной железы, сидячие ванны, методы формирования биологической обратной связи (тренировка мышц тазового дна)
5. Иммунотерапия (тимоген, циклоферон)

Хронический небактериальный простатит. Эффективность не установлена:  $\alpha$ -блокаторы, ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктаз, противовоспалительные препараты (пентозан полисульфат натрия), трансуретральная микроволновая термотерапия, аллопуринол (5,6,7)

При нарушении расслабления сфинктера мочевого пузыря и/или шейки мочевого пузыря показано трансуретральное надсечение шейки мочевого пузыря.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
2. \*Цефуроксим 250 мг, 500 мг табл; порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
3. Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
4. Нитроксолин 200 мг табл
5. Кетопрофен свечи ректальные
6. \*Метронидазол раствор для инфузий во флаконе, 250 мг табл
7. \*Ампициллин таблетка 250 мг; капсула 250 мг, 500 мг; порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг, 1000 мг; суспензия 125/5 мл во флаконе

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Ацикловир 200 мг табл; порошок во флаконе 205 мг
2. Экстракт жидкий алоэ древовидного 1 мл амп
3. \*Левифлоксацин 250 мг, 500 мг табл

#### **Критерии перевода на следующий этап:**

Отсутствие жалоб на клинические проявления болезни, улучшение самочувствия, контрольные анализы секрета простаты, ИФА.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Chronic prostatitis. Thomas Jang and Anthony Schaeffer. Search date July 2004. BMJ;
2. Barbalias GA, Nikiforidis G, Liatsikos EN. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. J Urol 1998; 159: 883-887;
3. Prodigy Guidance - Prostatitis
4. Hanus PM, Danzinger LH. Treatment of chronic bacterial prostatitis. Clin Pharm 1984; 3: 49-55;
5. McNaughton, C.M. and Wilt, T. (2001) Allopurinol for chronic prostatitis (Cochrane Review). The Cochrane Library (Issue 1). Oxford: Update Software;
6. Collins M, MacDonald R, Wilt T. Diagnosis and treatment of chronic abacterial prostatitis: a systematic review. Ann Intern Med 2000; 133: 367-368;
7. McNaughton Collinns M, MacDonald R, Wilt T. Interventions for chronic abacterial prostatitis. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Глаукома вторичная вследствие других болезней глаз**

**Код протокола:** 02-018к

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** нормализация ВГД, купирование болевого синдрома.

**Длительность лечения (дней):** 9

**Коды МКБ:** H40.5 Глаукома вторичная вследствие других болезней глаза

**Определение:** Глаукома факоморфическая – заболевание, характеризующееся повышением внутриглазного давления (ВГД), вызванным нарушением оттока водянистой влаги из глаза, с последующим развитием специфических дефектов поля зрения и атрофии (с экскавацией) зрительного нерва в результате функционального или органического блока угла передней камеры увеличенным в размере хрусталиком.

**Классификация:**

Глаукомы классифицируют по происхождению, возрасту пациента, механизму повышения внутриглазного давления, уровню ВГД, степени изменения полей зрения и поражению диска зрительного нерва и типу течения.

По происхождению: первичная, вторичная, сочетанная с дефектами развития глаза и других структур организма.

По возрасту пациента: врожденная, ювенильная, глаукома взрослых.

По механизму повышения ВГД: открытоугольная, закрытоугольная, гла-

укома с дисгенезом угла передней камеры, глаукома с претрабекулярным блоком.

По уровню ВГД: гипертензивная, нормотензивная; с нормальным, умеренно повышенным и высоким ВГД.

По степени изменения полей зрения и поражения диска зрительного нерва: начальная, развитая, далекозашедшая, терминальная.

По течению (динамике зрительных функций): стабилизированная, нестабилизированная.

**Факторы риска:** Повышение внутриглазного давления. Риск возникновения увеличивается с возрастом. Имеющиеся в анамнезе случаи глаукомы у ближайших родственников. Катаракта. Сахарный диабет. Сезонность. Повышение артериального давления.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** наличие набухающей катаракты, боль в глазу, повышение ВГД

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** Эхография, консультация терапевта, проверка остроты зрения, биомикроскопия, тонометрия, периметрия, ОАМ, ОАК, мазок на бакпосев из глаз, исследование кала на яйца глист, АЛТ, АСТ, ВИЧ, флюорография, электрокардиограмма, кровь на сахар.

**Критерии диагностики:** Повышение ВГД, боль в глазу, мелкая передняя камера, увеличенный в размере хрусталик, сужение полей зрения, снижение остроты зрения, экскавация диска зрительного нерва.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Проверка остроты зрения
2. Биомикроскопия глаза
3. Тонометрия
4. Периметрия
5. Гониоскопия
6. Промывание слезных путей
7. Офтальмоскопия на обоих глазах
8. Консультация терапевта

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. УЗИ глаза
2. Электрофосфен
3. Исследование критической частоты слияния мельканий
4. Электроретинография
5. Расчет размера ИОЛ
6. Тонография

7. Кераторефрактометрия
8. Взятие мазка на бак посев (глаз)
9. АЛТ
10. АСТ
11. ВИЧ

**Тактика лечения:**

1. Общая дегидратация до операции для снижения ВГД и местная гипотензивная терапия –ацетазоламид 250 мг по 1 тб 4 раза в день 1-3 дня, тимолол 0,5% 2 раза закапывать в глаз-1-3 дня; бринзоламид 1-2 р в день, 1-3 дня, маннитол 20% 2 г/кг 1 раз в день 1-3 дня; препараты калия.

2. Удаление набухающего хрусталика – экстракция катаракты и по показаниям одновременная интраокулярная коррекция афакии с использованием вискоэластиков и ИОЛ.

Обезболивание может быть как общим, так и местным.

Операция: Механическое дробление хрусталика и другие виды аспирации катаракты

Показания к операции: набухание хрусталика, повышение ВГД, болевой синдром, снижение остроты зрения

Другие типы операций:

13.42 Механическое раздробление хрусталика и аспирация катаракты через задний доступ

13.20 Внекапсулярная экстракция хрусталика методом линейной экстракции

12.64 Трабекулэктомия наружная

13.71 Введение внутриглазного искусственного хрусталика в момент экстракции катаракты одновременно

12.31 Лизис гониосинехии

12.14 Другие виды иридэктомии (лазерная)

1. Гипотензивная операция при неэффективности медикаментозного лечения с использованием вискоэластичных материалов.

2. Антибактериальная и противовоспалительная терапия для профилактики постоперационных воспалительных осложнений – хлорамфеникол 0,25% 4 раза в день – 7 дней и дексаметазон 0,1% по 1 х 6 раз в день закапывать -7 дней, анальгетики – кеторолак - 1 мл 1 раз в день – 3 дня, диклофенак тб, 25 мг по 1 тб 3 раза в день 7-10 дней.

3. При выраженном послеоперационном воспалении - дополнительная противовоспалительная и рассасывающая терапия: дексаметазон по 0,5-1 мл парабульбарные инъекции - 8 дней, диклофенак капли по 2 капли 4 раза в день 6-9 дней, тропикамид капли глазные по 1 капле

3 раза в день 5-8 дней, парабульбарные инъекции гентамицина 0,5 7 дней; в/м инъекции гентамицина 1 г 2 раза в день 7 дней, глюкоза 40% в каплях, аскорбиновая кислота 5% 0,5 парабульбарно и 4,0 внутримышечно, нитрофурал 0,02% по 2 капли 6 раз в день.

При выраженной постэкстракционной реакции в лечение добавляется преднизолон внутривенно струйно по 90 мг 1 раз в день 6-9 дней.

4.Перевязки.

При благоприятном течении - лечение 7 суток, при осложненном течении -до 10 суток.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Дифенгидрамин гель для наружного применения 20 г
2. \*Хлорамфеникол глазные капли
3. \*Дексаметазон раствор (глазные капли) 0,1% 10 мл
4. \*Диклофенак натрия 25 мг, 100 мг, 150 мг табл, глазные капли
5. \*Кеторолак раствор для инъекций 1 мл/30 мг
6. \*Атропин раствор (глазные капли) (сульфат) 0,1%, 0,5%, 1% по 1 мл
7. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
8. Декстроза глазные капли
9. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
- 10.\*Нитрофурал глазные капли
- 11.\*Преднизолон раствор для инъекций 30 мг/мл
- 12.\*Тропикамид капли глазные 0,5%, 1% по 5 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** нормализация ВГД

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. EBM Guidelines. Glaucoma. 2004.
2. Rossetti L., Marchetti I., Orzalesi N. Randomised clinical trials on medical treatment of glaucoma: are they appropriate to guide clinical practice? // Arch. Ophthalmol/ - 1993, 111: 96-103.
3. Glaucoma Laser Trial Group. The glaucoma laser trial (GLT) and glaucoma laser trial follow-up study: results. Am. J. Ophthalmol 1995, 120: 718-731.
4. Migdal C, Gregory W., Hitchins R., Kolker AE. Long-term functional outcome after early surgery compared with laser and medicine in open angle glaucoma. Ophthalmology 1994, 105: 1651-1657.
5. Collaborative normal-tension glaucoma study group. The effectiveness of intraocular pressure reduction in the treatment of normal tension glaucoma. Am.J.Ophthalmol 1998, 126: 498-505.

6. Edwards RS. A comparative study of Ocuset Pilo 40, intensive pilocarpine and low-dose pilocarpine in the initial treatment of primary acute angle-closure glaucoma. *Curr Med Res Opin* 1997, 13: 501-509.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Гнойная костная патология

**Код протокола:** 22-177к

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** устранение инфекции, восстановление анатомии и функции пораженного сегмента. удаление внутренних и внешних ортопедических устройств, имплантатов, трансплантатов, секвестрнекрэктомия пораженного участка кости с замещением образовавшейся полости мягкими тканями ауто- (алло-, гетеро-)костными трансплантатами, синтетическими материалами. замещение дефектов костной ткани после тотальной резекции остеомиелитического очага.

**Длительность лечения (дней):** 30

**Коды МКБ:**

T84 Осложнения, связанные с внутренними ортопедическими протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами

M86 Остеомиелит

**Определение:** Хронический остеомиелит – это заболевание, характеризующееся наличием гнойно-некротического очага в кости со свищом (или без него), длительно существующее и не склонное, как правило, к самозаживлению.

**Классификация:** По путям проникновения микробов в кость выделяют: 1) гематогенный остеомиелит; 2) огнестрельный остеомиелит; 3) посттравматический неогнестрельный остеомиелит; 4) послеоперационный остеомиелит; 5) пострadiационный остеомиелит.

Послеоперационный остеомиелит имеет свою классификацию (Линник С.А.):

А. По характеру произведенных операций, осложнившихся остеомиелитом:

1. по поводу переломов костей
2. по поводу повреждения мягких тканей
3. по поводу ортопедических заболеваний

Б. После операции:

1. без имплантации медицинских инородных тел
2. с имплантацией медицинских инородных тел:
  - металлических (винты, стержни, эндопротезы и тд.)
  - из других материалов (ауто-, алло-, ксенотрасплантаты, эксплантаты)
  - внутренний остеосинтез – интрамедуллярный, накостный, смешанный.
  - Наружновнутренний (скелетное вытяжение, компрессионно-дистракционный остеосинтез спицами, стержнями)
  - Со случайным оставлением инородных тел

В. По причинам возникновения:

1. организационные
2. тактические
3. технические
4. санитарно-эпидемиологические
5. соматические

Г. По клиническому течению:

1. Острый
2. Подострый
3. Хронический

Е. По характеру осложнений:

1. Местные:
  - Обширные рубцы
  - Язвенные дефекты кожи
  - Гнойные артриты или остеоартриты
  - Несросшиеся переломы или ложные суставы
2. Общие:
  - Анемия
  - Амилоидоз паренхиматозных органов
  - Нарушение белкового обмена
  - Сепсис

Ж. По виду инфекции и путям его проникновения:

1. аэробная флора (грамположительные, грамотрицательные, смешанные)
2. анаэробная флора (кlostридиальная, неklostридиальная)
3. эндогенный путь
4. экзогенный путь

З. По характеру патологических изменений:

1. остеомиелит с очаговым поражением кости (остит, остеомиелит, ограниченный зоной оперативного вмешательства)

2. остеомиелит с распространением по ходу костно-мозгового канала на ограниченном протяжении, по всему костно-мозговому каналу
3. в сочетании с местными осложнениями (ложные суставы, несросшиеся переломы, артриты или остеоартриты, рубцы и язвы)
4. Спицевой остеомиелит (поверхностный, ограниченный, распространенный)

В зависимости от тяжести течения заболевания, скорости развития патологического процесса, его распространённости различают три формы острого гематогенного остеомиелита: токсическую (молниеносную), септикопиемическую и местноочаговую.

**Факторы риска:** травма кости; снижение общей сопротивляемости организма (из-за переутомления, инфекционного заболевания, гиповитаминоза), особенности кровоснабжения костей у детей, для которых характерна петлистая сеть мелких сосудов и капилляров в области зон роста кости, что способствует оседанию в них микроорганизмов (эмболическая теория Боброва-Лексера); биологические и иммунологические особенности организма: развитие воспалительного процесса возможно только при реакции организма, похожей на аллергическую (аллергическая теория Дерижанова).

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** Острый остеомиелит; Хронический остеомиелит в стадии обострения, наличие послеоперационного воспаления, связанного с внутренними и внешними протезными устройствами, трансплантатами и имплантатам.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** ОАК, ОАМ, микрореакция, флюорография.

**Клинические критерии:** Повышение температуры телалейкоцитоз со сдвигом формулы влево, абсолютная лимфопения. Распирающие боли, ограничение движений – стадия остита; опухолевидное образование, болезненное при пальпации – стадия поднадкостничной флегмоны; гиперемия кожи и повышение местной температуры – стадия флегмоны мягких тканей.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Рентгенография пораженного сегмента в 2 проекциях
2. Общий анализ крови
3. С-реактивный белок
4. Бактериологический посев крови
5. Пункция кости и бактериологическое исследование
6. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

7. Бактериоскопия полученного материала с получением антибиотикограммы
8. КТ
9. ЯМРТ пораженного сегмента
10. УЗИ

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:**

Консервативная терапия применима при негнойном (серозно-инфильтративном) остром гематогенном остеомиелите – антибиотики широкого спектра действия. Предпочтительны антибактериальные препараты 3-го и 4-го поколения из группы цефалоспоринов (цефтриаксон), аминогликозидов (амикацин) и препараты из группы фторхинолонов (офлоксацин, цiproфлоксацин, пefлоксацин). Учитывая высокую вероятность развития сепсиса, консервативную терапию целесообразно ограничить конкретным периодом, только в течение 24 часов с момента установления диагноза негнойного ОГО. Затем при отсутствии эффекта выполнить лечебно-диагностическую трепанацию кости, и в случае обнаружения высокого внутрикостного давления, независимо от характера экссудата, дополнительно дренировать костномозговой канал с установлением в нем аспирационно-промывной системы. Выявленная флегмона потребует широкой (окончатой) трепанации.

Операция независимо от обнаружения изолированного внутрикостного абсцесса, флегмоны костномозгового канала или деструкции кости предусматривает полную некрэктомию и полноценное дренирование очага воспаления. Объем резекции кости зависит от протяженности и глубины поражения мягких структур кости и кортикального слоя, от декомпрессионной трепанации в виде одного или нескольких фрезевых отверстий с последующим аспирационно-промывным дренированием до широкой, окончатой трепанации-резекции с последующим тампонированием раны. Опыт лечения таких больных показывает необходимость выполнения послеоперационных перевязок-ревизий раны в течение 1-2 недель под общим обезболиванием, что позволяет завершить полноценность некрэктомии.

Тактика лечения хронического гематогенного остеомиелита (ХГО) должна предусматривать максимально раннее оперативное вмешательство в радикальном объеме. Следует отказаться от длительного, повторного, консервативного лечения ХГО в любом виде (антибактериальная, физиотерапевтическое и прочие терапии). Как исключение оно применимо при некоторых первично-хронических формах ХГО. Следует настойчиво добиваться

полного выздоровления пациента, так как с течением времени эффективность оперативного лечения снижается, появляются осложнения местного (дерматиты, раки и др.) и общего (амилоидоз) характера. Консервативную терапию проводят в объеме, необходимом для подготовки к операции (повышение резистентности организма, нормализация гомеостаза, снижение «активности» воспаления в кости и окружающих тканях). Нет необходимости стандартизировать этот этап лечения, так как выбор лекарственных средств, способов физиотерапии и т.д. индивидуален. В течение 2-3 недель больной готовится к операции. «Предоперационную» антибиотикотерапию не применяем. Исключения составляют случаи обострения ХГО, когда угроза сепсиса представляется реальной. Для того чтобы стандартизировать оперативный метод (основа хирургии остеомиелита) лечения ХГО различных локализаций (плоские, губчатые и крупные трубчатые кости), по-видимому, следует признать единство терминологии применительно к характеру операции, и совершенно (определенно) обоснованно выделить: паллиативные, условно-радикальные и радикальные операции. Достичь 100% выздоровления больных после условно-радикальных операций (фистулосеквестрнекрэктомия, остеонекрэктомия, резекция кости и т.д.) не представляется возможным. И это не зависит от «современных» дополнительных способов оптимизации и повышения эффективности оперативного метода (лазерное выпаривание, ультразвуковая кавитация, системы дренажей, УФО крови и другие способы и средства). Радикальные операции - экстирпация кости, ампутация конечности - в большинстве случаев ХГО не приемлемы, что и понятно в силу их калечащего последствия. Из «общего» стандарта потребуются выделить разделы по конкретным локализациям. Экстирпация или субтотальная резекция малоберцовой кости, ребер, грудины, пяточной кости, лопатки и т.д., - дающие прекрасные результаты, не могут быть применимы к ряду длинных (крупных) трубчатых костей. Деформации скелета, укорочения конечности и анкилозы, нередко сопровождающие радикальные (и условно-радикальные) операции, не следует рассматривать как отрицательный результат, ибо в лечении ХГО главным остается избавление пациента от хронической пиогенной инфекции и предупреждение амилоидоза. Ортопедические коррекции после выздоровления от ХГО минимизируют оперативные (и связанные с самой болезнью) последствия. Реальным и необходимым остается совершенствование условно-радикальных операций.

Общий стандарт (ко всем локализациям) оперативного лечения больных ХГО должен включать следующие действия:

1. Составить обоснованный индивидуальный плана операции (с учетом

- локализации ХГО - кость и фрагмент ее поражения, расположения свищей, предполагаемых вида трепанации и объема резекции и т.д.).
2. Удалить нежизнеспособные мягкотканевые структуры.
  3. Выделить кость на всем протяжении предполагаемого объема резекции.
  4. Резекция кости по уровню макроскопически здоровой ткани.
  5. Трепанационная и внутрикостная резекция на всем протяжении очага поражения, обеспечивающие возможность полной некрэктомии метаэпифизарной зоны и вскрытия свободных отделов костномозгового канала.
  6. Закрытие трепанационного кортикального дефекта после продольной резекции или реканализации трубчатой кости осуществляется при убежденности достаточной внутрикостной санации, предполагая внутрикостное использование пролонгированных антибиотиков или аспирационно-промывного дренирования (или других способов, разрабатываемых в специализированных учреждениях).
  7. Закрытие внутрикостного постнекрэктомического, санированного очага путем пластики кортикального дефекта в случаях наличия анаэробного микробного компонента, у пациентов пожилого и старческого возраста и у больных диабетом не должно планироваться.
  8. Закрытие кости глухим швом раны мягких тканей может быть выполнено у молодых пациентов с коротким анамнезом болезни и при небольших объемах поражения кости (соответственно и резекции).
  9. В большинстве случаев между костью и зашитой раной мягких тканей необходимо установить аспирационно-промывную систему.
  10. При значительной инфильтрации, экземе, индурации мягких тканей, оголении кости и не убежденности (и невозможности, в случаях угрозы повреждения плевры, крупных сосудов, нервов и других важных анатомических образований) в полноценности некрэктомии («в пределах» здоровых тканей) рану мягких тканей зашивать не следует.
  11. Любая пластика (пломбировка) пострезекционного дефекта у больных ХГО не оправдана (с течением времени имплантант превращается в инородное тело, биологические ткани - мышцы и др. - в рубец, и они не обеспечивают заместительной, стимулирующей, дренирующей и прочих приписываемых им функции) и должна быть оставлена.
  12. Фиксация приемлема в случаях угрозы перелома длинных трубчатых костей и нестабильности при спондилитах; способы фиксации индивидуальны, от гипса до на костных и внеочаговых пластин и конструкций.

13. Развитие послеоперационной лихорадки септического характера является поводом к ревизии операционной раны.
14. Нагноение раны и переход ее в свищ - рассматривать, как обоснованное показание к повторной операции.

Стандарт динамического наблюдения (после оперативного лечения) заключается в диспансеризации с регулярным обследованием пациента по месту проведенной операции. Больные со свищами, стойкими болевыми признаками и обострениями ХГО не должны находиться на диспансерном наблюдении в поликлиниках или амбулаторных учреждениях. Все больные должны быть оперированы (естественно, им в стационаре проводится комплексная терапия с основным ее оперативным компонентом). Больные, которым не проведена адекватная операция (по социальным условиям, отказу от операций, строгим медицинским показаниям), подлежат симптоматической терапии, при необходимости в перевязках или антибиотикотерапии (как исключение, по индивидуальным показаниям).

При наличии гнойных послеоперационных осложнений связанных с внутренними внешними ортопедическими протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами после полного обследования больного определяется тактика оперативного лечения: удаление вышеуказанных устройств, секвестрнекрэктомия или тотальная резекция остеомиелитического очага с последующим замещением образовавшейся костной полости или дефектов костной ткани мышечными, костными или синтетическими трансплантатами, моно-или билोकальным чрезкостным остеосинтезом, дренирование операционной раны, с применением местных длительно рассасывающихся антибактериальных препаратов. В предоперационном периоде во время операции, и после проводится антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры (цефалоспорины 3-4 поколения, аминогликозиды, фторхинолоны, метронидазол, противогрибковые препараты), инфузионная дезинтоксикационная терапия (например, гемодез, физ. раствор, кристаллоиды), средства стабилизирующие гемодинамику и улучшающее микроциркуляцию (рефортан, стабизол, реополиглюкин, и др.), гемотрансфузии (эритроцит. масса, СЗП, антистафилококковая плазма, тромбомасса, криопреципитат), дезагреганты, антикоагулянты (прямого и непрямого действия), средства улучшающие тканевой обмен (актовегин, солкосерил, витамины группы В, А, С, Е), гормонотерапия (анаболики, глюкокортикоиды). Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральным раствором 400 мг/сут течение 21 дня. В послеоперационном периоде применяется иммуностимуляторы, физиолечение (УФО, электро-

форез, УВЧ-терапия и др.), ЛФК, лечебная гимнастика. После заживления раны или возможности перевязок в амбулаторных условиях, больной выписывается на дальнейшее амбулаторное лечение.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
2. \*Амикацин раствор для инъекций 500 мг/2 мл
3. \*Ципрофлоксацин 250 мг, 500 мг табл
4. \*Метронидазол раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
5. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
6. \*Препараты, получаемые из крови, плазмозамещающие средства (эритроцитарная масса, СЗП, антистафилококковая плазма, тромбо-масса, криопреципитат)
7. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
8. \*Ретинола ацетат раствор в ампуле 1 мл
9. \*Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
10. \*Цианокобаламин раствор для инъекций в ампуле 1 мл (500 мкг)

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

восстановление целостности костной ткани без наличия остеомиелитической полости. купирование явлений остеомиелита

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Кутин А.А., Слюньков В.В. О стандартах диагностики и лечения гематогенно-го остеомиелита у взрослых;
2. <http://www.clevelandclinic.org/health/>, Osteomyelitis;
3. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>, Osteomyelitis, 2004;
4. Швецкий А.Г., Стандарт обследования и лечения больных с хроническим остеомиелитом;
5. Амирасланов Ю.А., Борисов И.В. Хронический остеомиелит длинных костей – стандарты обследования и лечения.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

# Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Аденомэктомия

**Код протокола:** 12-120а

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** устранение аденомы предстательной железы

**Длительность лечения (дней):** 18

**Коды МКБ:** N40 Гиперплазия предстательной железы

**Определение:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - возрастное инволюционное заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретрального отдела предстательной железы, приводящего к обструкции нижних мочевых путей. Диагноз ДГПЖ ставится на основании результатов гистологического исследования (1). Клинически заболевание проявляется симптомами инфравезикальной обструкции мочевых путей (учащенное мочеиспускание, императивные позывы на мочеиспускание, ослабление и прерывистость струи мочи, затрудненное мочеиспускание, при котором требуется натуживание, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, никтурия).

**Классификация:**

I стадия - никтурия, затруднение при мочеиспускании, отсутствие остаточной мочи.

II стадия - никтурия, затруднение при мочеиспускании, наличие остаточной мочи.

III стадия - никтурия, затруднение при мочеиспускании, увеличение объема остаточной мочи, хроническая задержка мочи и ишурия парадокса.

**Факторы риска:** пожилой возраст, угасание секреторной функции яичек, сопутствующие заболевания (ХПН, хронический пиелонефрит)

**Поступление:** экстренное

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Коагулограмма (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
4. Определение остаточного азота
5. Определение глюкозы
6. Определение билирубина

7. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ
8. Тимоловая проба
9. Определение группы крови и резусфактора
10. Гистологическое исследование ткани
11. ЭКГ
12. Флюорография
13. Микрореакция
14. Реакция Вассермана
15. Консультация кардиолога
16. Консультация врача анестезиолога
17. УЗИ мочевого пузыря
18. УЗИ почек
19. УЗИ надпочечников

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Урография внутривенная
2. УЗИ органов брюшной полости

**Тактика лечения:**

Хирургическое лечение показано в следующих случаях:

- Задержка мочи или наличие остаточной мочи в объеме более 300 мл при повторных измерениях;
- Расширение верхних мочевых путей;
- Нарушение функции почек;
- Неоднократно зарегистрированная макрогематурия;
- Инфекции мочевыводящих путей;
- Камни мочевого пузыря;
- Выраженные или умеренные проявления у больного, в тех случаях, когда он рассчитывает на быстрый эффект от лечения или при неэффективности других лечебных мероприятий.

Выбор оперативного метода лечения ДГПЖ: трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРПЖ), трансуретральное иссечение предстательной железы (ТУИПЖ), открытая простатэктомия, лазерная простатэктомия, радиочастотное удаление принимается в соответствии с отработанными показаниями или противопоказаниями к тому или иному оперативному методу лечения, а также подбирается адекватное анестезиологическое пособие (3).

Бактериологическое исследование мочи следует обычно проводить через 4-6 нед после операции для обнаружения бактериурии и во всех случаях, когда есть подозрение на инфекционное заболевание мочевой системы (пиурия и гематурия могут встречаться в течение 3 мес после операции. При обнаружении бактериального роста проводится антибактериальная

терапия в соответствии с антибиотикочувствительностью флоры мочи. Стрессовое недержание может исчезнуть в течение 1 года: может оказаться полезной тренировка мышц тазового дна. Для лечения неудержания мочи и никтурии можно использовать оксибутин или толтеродин (4).

**Перечень основных медикаментов:**

1. Промедол 2% раствор для инъекций, амп
2. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
3. \*Левифлоксацин 250 мг, 500 мг табл
4. \*Метронидазол раствор для инфузий во флаконе, 250 мг табл
5. Кетопрофен свечи ректальные
6. \*Йод+калия хлорид+глицерин+Вода раствор во флаконах 25 мл
7. \*Этамзилат 250 мг табл
8. \*Диазепам раствор для инъекций 5 мг/мл ампуле 2 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

Свободное и самостоятельное мочеиспускание.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. , выпуск 3, с. 229-231
2. <http://www.ebm-guidelines.com/> , Benign prostatic hyperplasia;
3. <http://www.uriligyhealth.org/> , Surgical Management of BPH, 2001;
4. Prodigy Guidance – Prostate – benign gyperplasia, 2002.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Другие болезни среднего уха и сосцевидного отростка с оперативным вмешательством**

**Код протокола:** 03-0286

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** улучшение слуха, отсутствие заложенности уха, уменьшение шума.

**Длительность лечения:** 10 дней

**Код МКБ:**

H74 Другие болезни среднего уха и сосцевидного отростка

H74.0 Тимпаносклероз

H74.8 Другие уточненные болезни среднего уха и сосцевидного отростка

H95 Поражения уха и сосцевидного отростка после медицинских про-

цедур, не классифицированные в других рубриках

**Определение: Мастоидит** – воспаление любого отдела сосцевидного отростка височной кости (Бекольда абсцесс). Мастоидит острый – острое воспаление тканей сосцевидного отростка; является чаще осложнением острого гнойного воспаления среднего уха (вторичный мастоидит). Первичный мастоидит развивается как самостоятельное заболевание в результате травмы или при сепсисе. Образуется субпериостальный абсцесс или гной проникает в полость черепа и вызывает внутричерепные осложнения. **Тимпаносклероз** [анат. (membrana) tympani барабанная перепонка + склероз; синоним: псевдоотосклероз, склероотит]— заболевание, характеризующееся разрастанием соединительной ткани в слизистой оболочке среднего уха с последующим ее гиалинозом<sup>3</sup>. **Холеастома** – опухолеподобное образование среднего уха, состоящее из пластов ороговевающего эпителия и холестерина; обычно возникает как следствие хронического среднего отита; отмечается плоскоклеточная метаплазия, рост эпителия в ткани сосцевидного отростка и разрушение подлежащего участка кости.

**Факторы риска:** частые простудные заболевания, травмы уха, переохлаждение, снижение иммунитета

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** Мастоидит. Тимпаносклероз. Холеастома.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** ОАК, ОАМ

**Критерии диагностики:** Заложенность и отделяемое из уха, постепенное снижение слуха.

**Перечень основных диагностических мероприятий:** HBs Ag, anti - HCV  
ВИЧ

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:** При мастоидите абсолютными показаниями к операции служат признаки перехода процесса на мозговые оболочки, сигмовидный синус или лабиринт, паралич лицевого нерва, субпериостальный абсцесс. Больному острым мастоидитом необходимо провести неотложную мастоидектомию. Прокол барабанной перепонки показан с целью удаления инфицированного секрета, уменьшения давления в полости среднего уха и предотвращения некроза барабанной перепонки. В случае положительного результата бактериологического исследования аспирата и определения возбудителя назначить антибиотик широкого профиля (например, цефуроксим).

При холеастоме и тимпаносклерозе возможны следующие типы оперативного вмешательства: тимпаноластика, мастоидектомия, тимпанопластико-

дектомия и пластика слуховых косточек<sup>5</sup>.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Цефуроксим порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** улучшение слуха

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь (дополненный перевод 26-го издания Стедмана). ГЭОТАР МЕДИЦИНА, М., 2000
2. Большая медицинская энциклопедия. [www.neuro.net.ru/bibliot/bme/des/des796.html](http://www.neuro.net.ru/bibliot/bme/des/des796.html)
3. Малая медицинская энциклопедия. [www.rubricon/mme\\_ann/](http://www.rubricon/mme_ann/)
4. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЭОТАР, 2002.
5. Cholesteatoma and Otosclerosis: Two slowly progressive causes of hearing loss treatable through corrective surgery. Clinical Medicine & Research, 2003, V.1, N.2, p.151. James J. Holt.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Катаракта.

### Экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы

**Код протокола:** 02-018a

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** повышение остроты зрения, предупреждение развития послеоперационных осложнений.

**Длительность лечения (дней):** 8

**Коды МКБ:**

H25	Старческая катаракта
H26	Другие катаракты
Q12.2	Колобома хрусталика

**Определение:** **Катаракта** – частичное или полное помутнение вещества или капсулы хрусталика, приводящее к снижению остроты зрения вплоть до полной его утраты.

**Классификация:** По времени возникновения: врожденные, приобретенные.

По этиологическому фактору: возрастные; осложненные (следствие увеита, глаукомы, миопической болезни); травматические (контузионные, после проникающих ранений); лучевые; катаракты при системной патологии (диабетическая, тетаническая, миотоническая); катаракты, возникающие вследствие контакта с токсическими веществами (спорынья, нафталин, таллий, тринитротолуол, динитрофенол, нитрокрашители) или применения ЛС (ГКС, сульфаниламиды, аллопуринол, бисульфат, соли золота, галоперидол, тиоридазин); вторичные (послеоперационное помутнение сохраненной во время операции задней капсулы хрусталика вследствие ее фиброзного изменения и разрастания субкапсулярного эпителия); врожденная катаракта.

По локализации: передние и задние полярные; веретенообразные; зонулярные; ядерные; корковые; тотальные; задние чашеобразные; полиморфные; венечные.

По стадии (возрастная катаракта ): начальная; незрелая; зрелая; перезрелая.

**Факторы риска:** Пациенты, получающие ГКС (системно или местно); больные с сахарным диабетом; наследственная патология (синдром Марфана, болезнь Уилсона-Коновалова, миотоническая дистрофия (болезнь Штейнберга), синдром Дауна, трисомия по 13 и 15 парам хромосом; гипопарагиреозное состояние; больные с артериальной гипертонией. Риск развития врожденной катаракты увеличивает наличие у беременной сифилиса, токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции. Травмы глаза. Курение.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** Наличие катаракты с выраженным нарушением зрения, набухание или смещение хрусталика при социальной дезадаптации пациента.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на RW, исследование кала на яйца глист, кровь на сахар, АЛТ, АСТ, флюорография, ЭКГ (с расшифровкой), заключение терапевта, мазок из конъюнктивальной полости.

**Критерии диагностики:** Безболезненное прогрессирующее снижение остроты зрения, развивающееся постепенно, пелена перед глазами, искажение формы предметов. При осмотре с помощью щелевой лампы зрачок бледный, сероватый или зеленовато-коричневый. Отражение глазного дна при офтальмоскопии блёклое, слабое или отсутствует.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Офтальмологический осмотр: оценка остроты зрения

2. Наружный осмотр
3. Биомикроскопия с помощью щелевой лампы
4. Измерение ВГД
5. Расчет размера ИОЛ
6. УЗИ глаза
7. Авторефрактометрия
8. Диафаноскопия
9. Энтоптические феномены
10. Цветоощущение
11. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Электрофосфен
2. Электроретинография
3. Исследование критической частоты слияния мельканий
4. Центральное поле зрения
5. Оптическая когерентная томография

**Тактика лечения:** Достижение прозрачности оптических сред глаза с одновременной коррекцией афакии. При выявлении сопутствующей офтальмопатологии проведение соответствующего патогенетического лечения. Перед операцией производят измерение ВГД, биометрию, промывание слезных путей.

Обезболивание: может быть как общим так и местным (региональное).

Операция: экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, введение внутриглазного искусственного хрусталика в момент экстракции катаракты одновременно.

После удаления хрусталика имплантируют искусственный хрусталик, по показаниям – сулькусная ИОЛ – Cristal, Acrysof, Natural, Restor, необходимо введение вискоэластиков.

Медикаменты:

После операции обязательно назначение местно антибактериальных препаратов (хлорамфеникол 0,25% глазные капли, нитрофураил 0,02% глазные капли, сульфациламид натрия 30% глазные капли, макситрол (дексаметазон+Неомицин+Полимиксин) глазные капли по 2 капле 6 раз в день, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов (дексаметазон 0,1% глазные капли, дексаметазон 0,5 мл инъекции парабульбарно в течение 7 дней, диклофенак 25 мг табл.

Профилактика спаечного процесса (тропикамид 0,25% глазные капли). Применение глазных капель показано в течении 3-4 недель.

При выраженном послеоперационном воспалении – дополнительная про-

тивовоспалительная и рассасывающая терапия: церебролизин (комплекс пептидов) – парабульбарные инъекции – 5 дней. При выраженной постоперационной реакции – преднизолон внутривенно струйно 90 мг 1 раз в день 6-9 дней. Капли диклофенак 0,1% по 1 капле 4 раза в день 6-9 дней, глюкоза 40%.

При повышении ВГД - гипотензивные капли: пилокарпин р-р 1%, тимолол 5% по 2 капли 2 раза в день 6 дней. Бринзоламид по 1 капле 2 раза в день – 6 дней.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Хлорамфеникол глазные капли
2. \*Нитрофурацетин глазные капли
3. \*Сульфацил натрия 30%
4. \*Дексаметазон раствор (глазные капли) 0,1% 10 мл
5. \*Диклофенак натрия 25 мг, 100 мг, 150 мг табл, глазные капли
6. \*Атропин раствор для инъекций в ампуле (сульфат) 0,1% 1 мл
7. \*Преднизолон раствор для инъекций 30 мг/мл
8. \*Тропикамид капли глазные 0,5%, 1% по 5 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** повышение остроты зрения

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. American Academy of Ophthalmology. Guideline. Cataract in the Adult Eye. 2001
2. ICO International Clinical Guidelines. Cataract (Initial evaluation) 2005.
3. EBM Guidelines. Cataract. 2004.
4. Alberta Medical Association. Clinical Practice Guideline. Surgical and Non-Surgical Management of Cataract in the Otherwise Healthy Adult Eye. 2005.
5. American Academy of Ophthalmology. Cataract (Initial and follow-up evaluation). 2003.
6. National Guideline Clearinghouse. Clinical Practice Guideline for the Management of Cataract Among Adults. 2005.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Киста почки у детей

**Код протокола:** 11-109е

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** оперативное устранение приобретенной кисты почек, возможна пункция кисты под контролем УЗИ или КТ с введением тромбовара

**Длительность лечения (дней):** 21

**Код МКБ:** N28.1 Киста почки приобретенная

**Определение:** **Приобретенные кисты почек (ПКП)** – это термин, который используется для описания развития кистозных дегенеративных изменений почек у больных, не имеющих генетической предрасположенности к формированию почечных кист. Обычно к моменту установления диагноза в процесс вовлечено более 25 % ткани одной или обеих почек, преимущественно у больных с хронической почечной недостаточностью. Множественные кисты обычно находят в обеих почках, преимущественно в коре почки, однако кисты можно обнаружить и в мозговом слое, и в месте перехода коркового слоя в мозговую. При хронической почечной недостаточности почки, как правило, небольшие и сморщенные. Кисты приводят к увеличению размеров почек. Кисты также связаны с развитием множественных аденом почки и истинных почечно-клеточных карцином.

**Факторы риска:** воспалительные, неопластические и другие процессы в почках (при пиелонефрите, туберкулезе, гломерулонефрите, нефросклерозе, медуллярном некрозе, нефролитиазе, почечном инфаркте, новообразованиях, эндометриозе, посттравматические), гидатидозный и альвеолярный эхинококкоз.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** клинически верифицированный кистозный процесс почек

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** ОАК, ОАМ, УЗИ почек

**Критерии диагностики:** В зависимости от относительного размера и положения в почке кисты могут привести к гематурии, образованию камней, развитию инфекции, повышению артериального давления, появлению боли и т. д. Несмотря на то, что подобные симптомы наблюдаются нечасто, они иногда сильно выражены и для их купирования может потребоваться нефрэктомия.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи

3. Гематокрит
4. Гистологическое исследование ткани
5. Определение времени свертываемости
6. Подсчет тромбоцитов
7. ИФА
8. Определение общего белка
9. Коагулограмма
10. Определение остаточного азота
11. Глюкозы
12. АЛТ
13. АСТ
14. Тимоловая проба
15. Группа крови и резус-фактор
16. Анализ мочи по Нечипоренко
17. Анализ мочи по Зимницкому
18. Определение белка в моче
19. Определение креатинина
20. Посев биологической жидкости
21. Чувствительность к антибиотикам
22. УЗИ органов брюшной полости
23. ЭКГ
24. Обзорная рентгенография почек
25. Ретроградная пиелостизография
26. Экскреторная урография
27. Компьютерная томография почек
28. Пункция кисты
29. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Консультация кардиолога
2. Консультация невропатолога

**Тактика лечения:**

1. Операции иссечение приобретенной кисты почки. В лечении простой кисты почки применяются два метода: 1) оперативное вмешательство (открытое или лапароскопическое) предполагающее иссечение свободной стенки кисты и 2) чрескожная пункция кисты под ультразвуковым наведением с эвакуацией ее содержимого, а в ряде случаев и с дренированием полости кисты. Для того чтобы содержимое в кисте после пункции не накапливалось, в ее полость вводят различные жидкие склерозирующие вещества: левомицетин, вибрамицин, фенол, соли висмута, магния, этиловый спирт и др.

2. Обезболивание в послеоперационном периоде – тримепиридина гидрохлорид.
3. Дезинтоксикационная терапия.
4. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде. Назначается один курс антибактериальной терапии; либо аминогликозиды (гентамицин по 40-80 мг в/м 2 р. в день, амикацин по 10 мг/кг 2 р. в сутки в течение 7-10 дней), либо антибиотик цефалоспоринового ряда (цефтриаксон по 20-10 мг на кг веса ребенка в сутки в два приема в течение 7-10 дней, цефазолин по 50-100 мг на кг веса ребенка в два приема в сутки в течение 7-10 дней). Наряду с антибиотиком назначается нитроксолин по 50-100 мг 3 р. в сутки в течение 10 дней, нистатин по 500 мг 3 р. в день в течение 12 дней, лиофилизированные бактерии по 1-2 капсулы 3 р. в день в течение 10-14 дней.

Показания к операции: Наличие приобретенной кисты почек, с прогрессирующим ростом

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Тримепиридина гидрохлорид раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл
2. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
3. \*Повидон-йод раствор 1% во флаконе
4. \*Декстран раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл
5. \*Глюкоза раствор для инфузий 5%, 10% во флаконе 400 мл, 500 мл; раствор 40% в ампуле 5мл, 10 мл
6. \*Натрия хлорид 0,9% раствор для инфузий и инъекций
7. \*Препараты, получаемые из крови (плазма свежемороженая)
8. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
9. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000мг во флаконе
10. \*Азитромицин раствор для инфузий во флаконе 200 мг/100 мл
11. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
12. Нитроксолин 200 мг табл
13. \*Нистатин 500 000 ЕД табл
14. \*Флуконазол капсула 50 мг, 150 мг; раствор во флаконе для в/в введения 100 мл
15. Лيوфилизированные бактерии, капс
16. \*Бриллиантовый зеленый раствор спиртовой 1%, 2% во флаконе 10 мл, 20 мл
17. \*Перекись водорода раствор 3% во флаконе 25 мл, 40 мл
18. Фурацилин 1:5000 фл

19. \*Этанол раствор 70% (денатурированный)
20. \*Атропин раствор для инъекций 0,1 в ампуле 1 мл (сульфат)

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

1. \*Препараты, получаемые из крови (эритроцитарная масса)
2. \*Гепарин 2500 МЕ раствор для инъекций
3. \*Инсулин растворимый раствор для инъекций 100 МЕ/мл

**Критерии перевода на следующий этап:**

отсутствие приобретенной кисты почек и стойкая ремиссия пиелонефрита

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Нечипоренко Н.А., Балла А.А., Значение ультразвуковой томографии в диагностике и малоинвазивном лечении простой кисты почки;
2. R de Bruyn, I Gordon, Imaging in cystic renal disease. Arch Dis Child 2000;83: 401-407;
3. <http://www.urologyhealth.org>, Renal Dysplasia and Cystic Disease;
4. Андреев Д.В., Баженов И.В., Зырянов А.В., Деминов Д.А., Гальперин А.М. Кисты почек

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Косоглазие. Операции на глазодвигательных мышцах у детей**

**Код протокола:** 02-018в

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** ортотропия, выработка бинокулярного зрения, одновременный характер зрения, уменьшение угла косоглазия.

**Длительность лечения (дней):** 9

**Коды МКБ:** H50 Другие формы косоглазия

**Определение:** Косоглазие - отклонение зрительной оси одного из глаз от общей точки фиксации.

**Классификация:**

- содружественное, паралитическое
- первичное, вторичное
- сходящееся, расходящееся с вертикальным компонентом
- монолатеральное, альтернирующее
- неаккомодационное, частично аккомодационное, аккомодационное
- периодическое, постоянное

**Факторы риска:** отсутствие бифовеального слияния, низкое зрение одного из глаз

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** постоянное неаккомодационное косоглазие, отсутствие бинокулярного зрения, наличие угла косоглазия.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** Общий анализ крови (6 параметров), общий анализ мочи, исследование кала на яйца глист, кровь на сахар, АЛТ, АСТ, ЭКГ (с расшифровкой), заключение педиатра, невропатолога, ЛОР-врача, стоматолога.

**Критерии диагностики:** снижение зрения, наличие угла косоглазия, монокулярный характер зрения.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Визометрия
2. Определение угла косоглазия по Гиршбергу
3. Определение характера зрения
4. Определение объективного и субъективного углов косоглазия
5. Определение фузионных резервов
6. Скиаскопия
7. Биомикроскопия
8. Офтальмоскопия
9. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. УЗИ глаза
2. Электрофосфен
3. Исследование критической частоты слияния мельканий
4. Электроретинография
5. Коордиметрия
6. Кераторефрактометрия

**Тактика лечения:** Показаниями к операции являются наличие угла косоглазия больше 10 градусов, монолатеральное косоглазие (с косметической целью). Правильное положение глаз или уменьшение угла косоглазия достигается в результате операции.

Перед операцией проводится премедикация (дифенгидрамин – 5-30 мг внутримышечно в зависимости от возраста однократно).

Обезболивание общее.

Операция: Другие манипуляции на двух и более внеглазных мышцах на одном или обоих глазах.

После операции необходимо проведение антибактериальной терапии для профилактики послеоперационной инфекции (хлорамфеникол – по 2 кап-

ли 6 раз в день, тобрамицин - по 2 капли 6 раз в день), противовоспалительного лечения (дексаметазон по 2 капли 6 раз в день, диклофенак – по 1 тб 2-3 раза в день, кеторолак – 50-100 мг на 10 кг веса внутримышечно).

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
2. Тобрамицин глазные капли
3. \*Хлорамфеникол глазные капли
4. \*Дексаметазон раствор для инъекций 4 мг/мл, 8 мг/мл дексаметазона фосфат (в виде динатриевой соли) в ампуле 1 мл
5. \*Диклофенак натрия 25 мг, 100 мг, 150 мг табл
6. \*Кеторолак раствор для инъекций 1 мл/30 мг

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** уменьшение угла косоглазия, ортотропия.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. EBM Guidelines. Impaired vision. 2004
2. Randomised controlled trial of treatment of unilateral visual impairment detected at preschool vision screening. M P Clarke, C M Wright, S Hrisos, J D Anderson, J Henderson and S R Richardson. BMJ 2003;327;1251-[doi:10.1136/bmj.327.7426.1251](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7426.1251)

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Мочекаменная болезнь. Камень почки. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия почки**

**Код протокола:** 11-1096

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** разрушение и удаление камня из почки

**Длительность лечения (дней):** 10

**Коды МКБ:** N20 Камни почки и мочеточника

**Определение:** Камни в почках формируются вследствие кальцификации сосочков или осаждения в моче образующихся кристаллов солей кальция, мочевой кислоты, цистина, трипельфосфата или магниево-аммоний-кальций-фосфатных солей.

### Классификация и факторы риска:

Тип камней	Факторы риска
Кальциево-фосфатные	Гиперпаратиреоз, дистальный почечный канальцевый ацидоз, идиопатическая гиперкальциурия и медуллярная губчатая почка
Кальциево-оксалатные	Идиопатическая гиперкальциурия, чрезмерное содержание оксалата в пище, злоупотребление витамином С, заболевания тонкой кишки, первичная гипероксалурия и гиперкальциемия, жаркий климат, дефицит витамина А, аномалии мочевыводящих путей.
Уратные	Постоянно концентрированная и кислая моча, гиперурикозурия, гиперурикемия (при подагре), избыточное содержание пуринов в пище
Цистиновые	Цистинурия
Трипельфосфаты или магниев-аммоний-кальций-фосфатные	Инфицирование мочевыделительного тракта (хроническое или рецидивирующее) уреаз-продуцирующими бактериями: Proteus, Providencia, Klebsiella, Pseudomonas, Serratia и штаммы Enterobacter

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** боль в поясничной области

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** ОАК, ОАМ (гематурия, кристаллы солей, pH мочи), УЗИ, экскреторная урография, исследование кала на яйца глист, микрореакция, ЭКГ, флюорография.

**Критерии диагностики:** боль различной локализации в зависимости от расположения конкрементов, гематурия, тошнота и рвота, частое мочеиспускание и дизурия, острая обструкция камнем мочевыводящих путей.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Анализ мочи по Нечипоренко
4. Анализ мочи по Зимницкому
5. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
6. Определение общего белка
7. Определение билирубина
8. Тимоловая проба
9. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ
10. Иммунограмма (розетки и Манчини)

11. Определение АЛТ
12. Определение остаточного азота
13. Определение группы крови и резусфактора
14. УЗИ органов брюшной полости
15. Обзорная рентгенография (кальциевые камни интенсивно контрастны; цистиновые, трипельфосфатные и смешанные уратно-кальциевые камни умеренно контрастны)
16. Ретроградная урография (строго по показаниям)
17. Цистоскопия
18. Экскреторная урография

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. УЗИ других органов
2. Хромоцистоскопия
3. УЗИ сосудов
4. Компьютерная томография почек

**Тактика лечения:** Лечебная тактика при камнях мочеточника зависит от локализации, размера и химического состава конкремента. Чрескожная нефростомия эффективна при простых почечных камнях и менее успешна при разветвленных или мочеточниковых. Большие камни могут быть фрагментированы ультразвуковыми, электрогидравлическими или лазерными литотрипторами, затем удалены. Малые камни могут быть извлечены целиком. Камни, проецирующиеся ниже тазовой арки можно извлечь при уретроскопии. При локализации камня в нижней трети мочеточника с диаметром конкремента до 1 см. и при отсутствии острого гнойного пиелонефрита показана трансуретральное устранение обструкции. При диаметре конкремента до 1 см. и при отсутствии острого гнойного пиелонефрита возможно проведение ЭУВЛ (экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия). При ЭУВЛ происходит дробление камня на мелкие фрагменты, которые выходят самостоятельно. Ударная волна наводится на камень под рентгеновским контролем.

При длительном нахождении камня в мочеточнике, либо в случае наличия рентгеннегативного конкремента оправданной является уретеротомия. Основной целью всех проводимых манипуляций при камнях мочеточника является устранение обструкции верхних мочевых путей, а именно удаление конкремента.

Показания к операции: сильная боль, инфекция, закупорка мочевыводящих путей, увеличение размеров конкрементов в динамике, отсутствие положительной динамики. Для профилактики инфекции назначаются антибиотики широкого спектра, при болях – анальгетики.

### **Перечень основных медикаментов:**

1. Нитроксалин 200 мг табл
2. Пентоксифиллин раствор для инъекций 100 мг/5 мл, фл
3. \*Натрия хлорид 0,9%-500 мл
4. Кетопрофен раствор для инъекций 100 мг/2 мл, фл
5. \*Тримепиридина гидрохлорид раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл
6. \*Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг табл; раствор для инъекций 600 мг во флаконе
7. \*Цефуроксим порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
8. \*Декстран мол.масса около 35000- 200 мл
9. Раствор Рингера ацетат

### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Цефтазидим порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 500 мг
2. \*Плазма свежезамороженная

### **Критерии перевода на следующий этап:**

отсутствие боли в поясничной области, отсутствие камня почки.

### **Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Goldfarb D.S, Coe F.L. Prevention of Recurrent Nephrolithiasis;
2. Robyn Webber, David Tolley, James Lingeman. Kidney stones. Search date April 2005. Clin Evid 2005;
3. <http://www.kidney.org/>, Lithotripsy;
4. Malvinder S Parmar. Kidney stones. Clinical review. BMJ 2004;328:1420-1424
5. <http://www.urologyhealth.org>, Surgical Management of Stones;
6. <http://www.urologyhealth.org>, Medical Management of Stone Disease.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Операции на придаточных пазухах носа**

**Код протокола:** 03-029

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** восстановление носового дыхания, устранение гнойного очага, устранение осложнений.

**Длительность лечения:** 7 дней

**Коды МКБ:**

- J01.0 Острый верхнечелюстной синусит
- J01.1 Острый фронтальный синусит
- J01.2 Острый этмоидальный синусит
- J01.3 Острый сфеноидальный синусит
- J01.4 Острый парасинусит
- J01.8 Другой острый синусит
- J01.9 Острый синусит неуточненный
- J32.0 Хронический верхнечелюстной синусит
- J32.1 Хронический фронтальный синусит
- J32.2 Хронический этмоидальный синусит
- J32.3 Хронический сфеноидальный синусит
- J32.4 Хронический пансинусит
- J32.8 Другие хронические синуситы
- J32.9 Хронический синусит неуточненный

**Определение:** Воспаление слизистой оболочки одной или более придаточных пазух носа, причиной которого может быть аллергия, вирусная, бактериальная инфекция или в редких случаях грибковая.

**Факторы риска:** аллергия, частые простудные заболевания, курение.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:** Нарушение носового дыхания, гнойные выделения из носа, локальные боли в подглазничной (гайморит), надбровной (фронтит), затылочной (сфеноидит) области и переносицы (этмоидит).

Клинические признаки наличия осложнений:

- периорбитальные (пресептальные): целлюлит или реактивный отек
- субпериостальный абсцесс
- орбитальный абсцесс
- орбитальный целлюлит
- тромбоз кавернозных синусов

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Риноскопия
2. Рентгенография придаточных пазух в одной проекции
3. Пункция гайморовой пазухи
4. Определение группы крови и резус фактора
5. Консультация врача анестезиолога
6. Гистологическое исследование
7. ЭКГ
8. Флюорография
9. Высев биологической жидкости без отбора колоний
10. Компьютерная томография

11. Консультация стоматолога

12. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Консультация невропатолога

2. Консультация офтальмолога

3. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам

**Тактика лечения:**

1. Гайморотомия (все типы операций выполняются по преимуществу эндоскопически)

Другие типы операций:

22.39 Другая наружная верхнечелюстная антротомия

22.41 Фронтальная синусотомия

22.42 Фронтальная синусэктомия

22.50 Синусотомия, не уточненная иначе

22.51 Этмоидотомия

22.53 Рассечение нескольких носовых пазух

22.90 Прочие манипуляции на пазухах носа

2. Антибактериальная терапия:

Цефтриаксон (100 мг/кг/день двукратно) или ампициллин – сульбактам (200 мг/кг/день 4 раза в день). Если велика вероятность резистентности патогенной флоры к пенициллинам, показана терапия ванкомицином (60 мг/кг/день 4 раза в день). Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор 400 мг\сут течение 7 дней.

3. Перевязки, пункция пазух для контроля.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Нафазолин 0.1% - 10мл, амп

2. \*Амоксициллин+клавулановая кислота раствор для инъекций 600 мг во флаконе

3. Фурацилин 1:5000 фл.

4. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.

5. \*Флуконазол 50 мг, 150 мг капсулы; раствор во флаконе для в/в введения 100 мл

6. \*Прокаин раствор для инъекций 0,5%, 2% по 2 мл, 5 мл; раствор 0,25%, 0,5% во флаконе 200 мл, 400 мл

7. \*Лидокаин раствор для инъекций, 1%, 2%, 10% (гидрохлорид) по 2 мл, 10 мл

8. \*Этанол раствор 70% (денатурированный)

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** восстановление носового дыхания.

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Ведение пациентов с синуситами в общей врачебной практике. Клиническое руководство. Дубикайтис Т.А..
2. The diagnosis and management of acute bacterial sinusitis. Guideline. Alberta Medical Association. November 2001.
3. Acute sinusitis: A cost-effective approach to diagnosis and treatment. Guideline. American Family Physician. November 1998.
4. Health Care Guideline: Acute sinusitis in adults. Institute for Clinical System Improvement. 2004.
5. Prodigy Guidance-Sinusitis. 2004
6. American Family Physician. Functional Endoscopic Sinus Surgery. 1998.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Орхит и эпидидимит у детей

**Код протокола:** 12-121в

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** купирование воспалительного процесса яичка и его придатка

**Длительность лечения (дней):** 16

**Коды МКБ:** N45 Орхит и эпидидимит

**Определение:** Орхит – воспаление яичка, обычно возникает как осложнение инфекционных заболеваний, в первую очередь таких, как грипп, паротит, бруцеллез, ревматический полиартрит, тиф, пневмония и т.д. У новорожденных орхит чаще всего обусловлен проникновением инфекции в яичко из инфицированных пупочных сосудов.

**Факторы риска:** неадекватная иммунизация против эпидемического паротита, врожденные аномалии мочевыводящих путей, воспалительные заболевания мочевыводящих путей, травма яичка, длительное нахождение в уретре катетера.

**Поступление:** плановое (при хронических орхитах и эпидидимитах), при острых процессах показана экстренная госпитализация.

**Показания к госпитализации:** наличие воспалительного процесса в мошонке.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

общий анализ крови, общий анализ мочи, флюорография, микрореакция.

**Критерии диагностики:** внезапно возникающие боли в яичке, озноб, повышение температуры тела до 38–39 °С, припухлость локализуется непосредственно в яичке. Обычно через 2 – 4 нед явления орхита стихают, однако в ряде случаев возникает нагноительный процесс в яичке. При этом состояние больных заметно ухудшается вследствие интоксикации, боли в яичке усиливаются, температура тела становится стойко повышенной, появляются отечность и гиперемия кожи мошонки, которая спаивается с подлежащими тканями. В последующем нередко происходит образование абсцесса или атрофия яичка. При эпидемическом паротите орхит развивается на 3–12-й день от начала заболевания или в первую неделю после выздоровления ребенка. У 30% больных наблюдается двусторонний процесс. Нередко паротитный орхит заканчивается атрофией яичка. Кожа мошонки при орхите напряжена, но не отечна. Придаток яичка не увеличен. Семенной канатик отечен, утолщен, но в отличие от острого эпидидимита семявыносящий проток пальпируется отчетливо, инфильтративных изменений в нем не обнаруживают. Диагностике абсцесса яичка способствует его пункция с получением гноя и ультразвуковое сканирование, выявляющее разрежение ткани яичка с жидким содержимым.

**Определение:** Эпидидимит – воспаление придатка яичка. Различают неспецифический (вызванный стафилококками или стрептококками) и специфический (туберкулёзный, гонорейный, трихомонадный, бруцеллёзный, сифилитический) эпидидимит. Выделяют острый и хронический неспецифический эпидидимит.

**Факторы риска:** травмы мошонки, переохлаждение, инструментальные вмешательства (катетеризация мочевого пузыря и др.).

**Критерии диагностики:** Острый эпидидимит проявляется высокой температурой тела, ознобом, сильными болями в области яичка, иррадиирующими в паховую область, резким увеличением придатка, который как плотным обручем охватывает яичко. Отмечается припухлость и болезненность в верхней части мошонки, отёк кожи мошонки. Хронический эпидидимит в большинстве случаев является следствием перенесённого, но недолеченного острого. Температура тела при этом нормальная, боли незначительные, придаток умеренно увеличен, чётко ограничивается от яичка.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Определение гемоглобина
2. Подсчет лейкоцитов в камере Горяева
3. Подсчет эритроцитов на КФК

4. Определение СОЭ
5. Общий анализ мочи
6. Анализ мочи в трех порциях
7. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ
8. Определение общего белка
9. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
10. УЗИ органов брюшной полости
11. УЗИ мошонки
12. Серологическое исследование на возбудителя эпидемического паротита (парные сыворотки)
13. Бактериологическое исследование мочи
14. Уретроскопия
15. Микроскопическое исследование секрета предстательной железы
16. Микроскопическое исследование мазка из уретры
17. ПЦР диагностика на половые инфекции
18. Посев на условно патогенную флору с определением чувствительности к антибиотикам
19. ПСА (анализ на простатический антиген)

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет**

**Тактика лечения**

1. Постельный режим
2. Антибактериальная терапия: антибактериальные средства назначаются в сочетании с противогрибковыми препаратами (азитромицин 250 мг (капс) по 10 мг/кг х 2 р. в день №3, цефазолин х 3 р. в день №10, нистатин по 500 мг х 3 р. в день №10, линекс по 1-2 капс. х 3 р. в день №10). При орхите паротитного генеза у детей к общей противовоспалительной терапии добавляют глюкокортикоидную терапию, ацетилсалициловую кислоту.
3. Максимальный покой для воспаленного органа (суппензорий)
4. НПВС
5. Новокаиновые блокады семенного канатика
6. Возникновение абсцесса яичка является показанием к вскрытию гнойника.

При неэффективности консервативного лечения показано удаление придатка.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
2. Лиофилизированные бактерии, капс

3. \*Азитромицин раствор для инфузий во флаконе 200 мг/100 мл
4. Нитроксалин 200 мг табл
5. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
6. \*Ципрофлоксацин раствор для инфузий во флаконе 200 мг/100 мл
7. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг
8. \*Нистатин 500 000 ЕД табл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

нормализация температуры, купирование болевого синдрома и воспалительного процесса

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. <http://www.urologyhealth.org/>. Epididymitis and Orchitis;
2. <http://www.guideline.gov/>. 2002 national guideline for the management of epididymo-orchitis.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Остеоартроз (полиартроз, коксартроз, гонартроз)**

**Код протокола:** 08-079а

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** уменьшение функциональной недостаточности суставов, коррекция терапии

**Длительность лечения (дней):** 16

**Коды МКБ:**

M15 Полиартроз

M16 Коксартроз (артроз тазобедренного сустава)

M17 Гонартроз (артроз коленного сустава)

M19 Другие артрозы

**Определение: Остеоартроз (ОА)** — хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание суставов, характеризующееся деградацией суставного хряща с последующими изменениями в субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, приводящее к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава (синовиальная оболочка, связки).

**Классификация:** (классификация Насонова В.А., Астапенко М.Г., 1989 г.)

I. Патогенетические варианты:

1. первичный (идиопатический)
2. вторичный

II. Клинические формы:

1. полиартроз
2. олигоартроз
3. моноартроз
4. в сочетании с ОА позвоночника, спондилоартрозом

III. Преимущественная локализация:

1. межфаланговые суставы (узелки Гебердена, Бушара)
2. тазобедренные суставы (коксартроз)
3. коленные суставы (гонартроз)
4. другие суставы

IV. Рентгенологическая стадия (по Kellgren J.H., Lawrence J.S.): I, II, III, IV, V

Синовит:

1. имеется
2. отсутствует

VI. Функциональная способность сустава:

1. функциональная способность ограничена (ФН-1)
2. трудоспособность утрачена (ФН-2)
3. нуждается в постороннем уходе (ФН-3) (ФН – функциональная недостаточность)

**Факторы риска:** наследственная предрасположенность, механические повреждения, физиологическая перегрузка, нарушения обмена и кровообращения, эндокринный дисбаланс, нарушение питания хряща, возрастная инволюция хряща, пожилой возраст, избыточная масса тела, нарушение развития или приобретенные заболевания суставов и костей, профессиональные особенности и физические нагрузки, связанные с работой.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** выраженный болевой синдром, отсутствие эффекта амбулаторной терапии, синовит сустава.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Рентгенография пораженного сегмента и симметричного сустава в 2 проекциях
2. общий анализ крови (6 параметров)
3. общий анализ мочи
4. определение С-реактивного белка

5. реакция Райта, Хеддельсона при совместной постановке
6. ЭКГ
7. исследование кала на яйца глист
8. микрореакция

#### **Критерии диагностики:**

1. Боли при физической нагрузке и/или в покое, по ночам, при пальпации сустава
2. Скованность в пораженном суставе по утрам или возникающая после любого отдыха, не превышающая 30 мин
3. Ограничение подвижности сустава или ощущение нестабильности в нем
4. Болезненные точки в местах прикрепления сухожилий к суставным сумкам, крепитация и потрескивание в суставе при движении
5. рентгенологическая картина поражения суставов, подтверждающая диагноз

#### **Клинические особенности отдельных форм ОА**

**ОА тазобедренного сустава (коксартроз).** ОА тазобедренного сустава – один из наиболее распространенных вариантов болезни. ОА развивается с одинаковой частотой у мужчин и женщин, но у женщин протекает гораздо тяжелей. Отмечено, что если коксартроз развивается в возрасте до 40 лет, это обычно связано с дисплазией сустава (врожденная дисплазия вертлужной впадины). Основными симптомами ОА являются боли механического характера в области сустава, рано присоединяется нарушение походки (прихрамывание). В ряде случаев в начале боли появляются в коленном суставе, паху, ягодице, бедре, пояснице. Болевой синдром появляется при ходьбе и стихает в покое. Первые клинические симптомы (боль, ограничение объема движений) появляются при отсутствии рентгенологических изменений сустава, они обусловлены мышечным спазмом. Постепенно нарастает ограничение объема движений в суставе, у ряда больных возникает симптом «блокады» сустава (заклинивание при малейшем движении в суставе). При обследовании больного отмечается болезненность при пальпации в области сустава, без экссудативных проявлений, при длительном течении заболевания появляется атрофия мышц бедра. Конечность принимает вынужденное положение – небольшое сгибание в тазобедренном суставе с нарушением ротации и отведения, и возникает компенсаторный поясничный лордоз, наклон таза в сторону пораженного сустава и сколиоз. Все это обуславливает появление болей в спине, ущемление бедренного, седалищного и запирательного нервов. Коксартроз приводит к изменению походки – вначале

прихрамывание, затем укорочение конечности и хромоте. При двустороннем поражении у больных коксартрозом формируется «утиная походка».

**ОА коленного сустава (гонартроз).** Коленный сустав – вторая по частоте локализация деформирующего ОА. Гонартрозом обычно страдают женщины, чему способствуют ожирение и нарушение кровообращения в нижних конечностях. Первые симптомы обычно появляются в 40–50 лет. Наиболее частыми этиологическими факторами развития болезни являются нарушение осанки, частая травматизация. Как правило, гонартроз бывает двусторонним, но больной долгое время жалуется на боли в одном суставе. Основным симптомом гонартроза является боль механического типа. Боль возникает при ходьбе, особенно по лестнице. Боль возникает при долгом стоянии, длительной физической нагрузке, иногда ночью. Локализация болей: в передней или внутренних частях сустава, с иррадиацией в голень. У больных появляется ощущение «подкашивания ног». Движения в коленных суставах уменьшаются в основном при сгибании, с течением болезни сгибание ограничивается. Больные не могут выполнить полное сгибание из-за боли, но полностью сгибание не блокируется. Ограничение движений в коленных суставах возрастает при длительном течении болезни. При пальпации отмечаются болезненность, хруст. Постепенно нарастает деформация сустава за счет образования остеофитов, перестройки суставных поверхностей с последующим подвывихом в суставе, нарастает атрофия мышц нижней конечности. Почти у половины больных обнаруживается девиация коленного сустава ( *genu valgum* и  *genu valgum*), за счет ослабления боковых и крестообразных связок появляется нестабильность сустава при латеральных движениях в суставе, или симптом «выдвижного ящика». В начале заболевания чаще возникает пателлофеморальный артроз, что вызывает боль при разгибании в передней части сустава, особенно при движениях по лестнице, и поколачивании по надколеннику. При присоединении поражения коленного сустава появляются боли при пальпации суставной щели, варусные или вальгусные отклонения, гиперподвижность. ОА коленных суставов очень часто осложняется вторичным синовитом. При длительно протекающем гонартрозе может периодически возникать «блокада» сустава, связанная с появлением в суставной полости «суставной мышцы». Поражение коленного сустава может осложниться остеонекрозом мыщелка бедра, это наблюдается при варусной девиации.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Рентгенологическое исследование сустава

2. Компьютерная томография суставов
3. Ядерно-магнитный резонанс суставов
4. УЗИ внутренних органов

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:**

Алгоритм лечения остеоартроза

I этап:

- Устранение механических факторов (ношение ортопедической обуви, корсета или поддерживающего пояса, использование трости);
- Снижение массы тела;
- Разгрузка пораженного сустава;
- Физиотерапия (тепловые процедуры, водолечение);
- Лечебная физкультура (основная задача – уменьшить нагрузку на сустав и укрепить мышцы): коррекция осанки и длины нижних конечностей, упражнения с изометрической нагрузкой, упражнения для отдельных мышечных групп;
- Локальные анальгетики и НПВП (мазь, гель, крем).

II этап

- Системные НПВП при возникновении признаков манифестного остеоартроза и при появлении признаков воспаления;
- Пероральные и ректальные НПВП: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, лорноксикам, прироксикам, целекоксиб;
- Хондропротекторы;
- При стойком синовите – внутрисуставное введение глюкокортикоидов.

III этап

- При неэффективности консервативного лечения – ортопедические операции: эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава, артроскопия с абразивной хондропластикой.

Анальгетическая и противовоспалительная терапия:

- Локальные анальгетики (препараты с раздражающим и отвлекающим действием): финалгон.
- Локальные НПВП: диклофенак, ибупрофен, кетопрофен, пироксикам
- Системные НПВП: диклофенак (100–150 мг/сут), ибупрофен (1200–2400 мг/сут), кетопрофен (200–300 мг/сут), напроксен (500–100 мг/сут), пироксикам (20 мг/сут), лорноксикам (8–16 мг/сут)
- Специфические ингибиторы ЦОГ-2: целекоксиб (200–400 мг/сут)

Хондропротекторы:

- Хондроитин сульфат (500 мг 2 раза в сутки)

- Дериваты гиалуроновой кислоты для внутрисуставного введения (3 еженедельные внутрисуставные инъекции)

Для улучшения обменных процессов назначают метаболическую терапию. Фосфаден внутрь по 0,05г 3 раза в день в течение 4 недель, В/м 2-4 мл 2% р-ра 2-3р в день в течение 2-4 недель.

Для улучшения микроциркуляции применяют антикоагулянты. Пентоксифиллин улучшает микроциркуляцию в зонах нарушенного кровообращения. Назначают по 5мл в 250мл 0,9% р-ра натрия хлорида в/в капельно. Таблетки по 0,1г 3раза в день в течение месяца.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл
2. \*Диклофенак натрия 25 мг, 100 мг, 150 мг табл
3. Кетопрофен раствор для инъекций 100мг/2 мл, амп
4. Лорноксикам 4 мг, 8 мг табл
5. Целекоксиб 100 мг, 200 мг капс
6. Напроксен 250 мг табл
7. Пироксикам 10 мг табл
8. Хондроитин сульфат мазь 30 г
9. Фосфаден 0,05 г табл, 2% раствор для инъекций, амп
10. Пентоксифиллин 100 мг, драже, раствор для инъекций 100 мг/5 мл амп

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** уменьшение функциональной недостаточности суставов

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Насонова В.А., Остеоартроз. 2001;
2. Дроздов В.Н., Остеоартроз, 2004;
3. Насонова В.А., Муравьев Ю.В., Цветкова Е.С., Беленький А.Г., Остеоартроз коленного сустава, 2003;
4. Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алексеева Л.И., Муравьев Ю.В., Остеоартроз тазобедренного сустава, 2004;
5. Насонова В.А., Современный взгляд на проблему остеоартроза, 2004;
6. Поворознюк В.В., Остеоартроз: современные принципы лечения, 2003.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Острый и подострый иридоциклит

**Код протокола:** 02-0266

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** купирование воспалительного процесса, болевого синдрома.

**Длительность лечения:** 13 дней

**Коды МКБ:** H20 Иридоциклит

**Определение:** Иридоциклит (ИЦ, передний увеит) представляет собой воспаление передних отделов сосудистой оболочки глазного яблока (радужки и ресничного тела), его подразделяют на ирит и собственно ИЦ. Под хроническим ИЦ понимают длительное, более 6 недель, воспаление сосудистой оболочки, обычно с бессимптомным течением, но со склонностью к рецидивам.

**Классификация:** инфекционные, инфекционно-аллергические, системные и синдромные, посттравматические, неустановленной этиологии.

**Факторы риска:** Инфекции верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, ротовой полости, синуситы. Системные и синдромные заболевания. Травмы глаза.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:**

1. При первичном обращении - наличие преципитатов, фибрина или гипопиона, задние синехии.
2. Отсутствие эффекта/слабый эффект от амбулаторного лечения в течение 5 дней.

**Необходимый объем обследований перед госпитализацией:** экстренная госпитализация – осмотр офтальмолога; плановая госпитализация – осмотр офтальмолога, общий анализ крови, общий анализ мочи, микрореакция, исследование кала на яйца гельминтов, исследование содержания глюкозы в крови, ЭКГ, флюорография, консультация стоматолога, отоларинголога, терапевта.

**Критерии диагностики:** жалобы, данные анамнеза, объективное исследование (офтальмологический осмотр). Выявление этиологии заболевания.

1. Светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу, снижение остроты зрения;
2. Перикорнеальная инъекция, узкий зрачок;

3. Опалесценция влаги передней камеры, фибрин или гипопион, редко - гифема,;
4. Роговичные и хрусталиковые преципитаты;
5. Гиперемия и отек стромы радужной оболочки, в результате чего изменяется ее цвет;
6. Образование синехий, в основном задних;
7. Гипертензия или гипотония;
8. Специфический симптомокомплекс при системных и синдромальных иридоциклитах.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Визометрия
2. Биомикроскопия
3. Офтальмоскопия
4. Тонометрия
5. Периметрия
6. Эхография

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Гониоскопия
2. Циклоскопия
3. Обзорная рентгенография черепа в двух проекциях
4. Рентгенография органов грудной клетки в случаях подозрения на туберкулез, саркоидоз определение С-реактивного белка
5. Определение общего белка
6. Определение белковых фракций
7. Определение сиаловых кислот
8. Электрофизиологическое исследование (электроретинография, электрофосфен, зрительные вызванные потенциалы, исследование критической частоты слияния мельканий)
9. Исследование крови на ВИЧ
10. Реакция Вассермана
11. ИФА или ПЦР на вирус простого герпеса
12. Цитомегаловирус токсоплазмоз, бруцеллез, хламидии
13. Консультация ревматолога
14. Консультация фтизиатра
15. Туберкулиновая проба (Манту)

Кроме того, при экстренной госпитализации необходимо выполнить весь объем общеклинических исследований, если они не были проведены на догоспитальном этапе.

### **Тактика лечения:**

1. Установление этиологии заболевания.
2. Профилактика спаечного процесса: длительная циклоплегия, например, атропином по одной капле 2-3 раза в сутки. При стойкой склонности к синехиообразованию – субконъюнктивальные инъекции мидриатиков, например, атропина 0,1% - 0,1-0,2 мл, адреналина 0,18% - 0,1-0,2 мл, или электрофорез со смесью мидриатиков.
2. Антибактериальная терапия (например, цiproфлоксацин по 1 кап х 6 раз в день). Общая антибактериальная терапия в виде таблеток, внутримышечных или внутривенных инъекций, например, цiproфлоксацин 500-1000 мг 2 раза в день, гентамицин 80 мг 2 раза в день. Антибиотики в виде параорбитальных инъекций, например, цiproфлоксацин 50 мг 1-2 раза в день, гентамицин 20-40 мг 1-2 раза в день. Внутривенные инфузии метронидазола (100 мл 1-2 раза в день).
3. Неспецифическая противовоспалительная терапия, например, индометацин по 1 тб (25 мг) 3 раза в день.
4. Стероидная терапия, например, капли дексаметазона (по одной капле каждые 1-2 ч в начале лечения, затем по 4-6 раз в сутки), закладывание мази, содержащей гормоны, на ночь, и/или параорбитальные инъекции дексаметазона 0,2-1,0 мл/сут. Допускается применение комбинированных капель, содержащих антибиотики и стероиды. При рецидивирующем процессе, системном и синдромном характере заболевания, а также при отсутствии противопоказаний со стороны внутренних органов – проведение общей стероидной терапии.
5. Дезинтоксикационная терапия (внутривенные инфузии).
6. При гипертензии или развитии вторичной глаукомы – местная гипотензивная терапия, при бомбаже радужки – лазерная иридэктомия.
6. Выявление сопутствующей офтальмопатологии.
7. Выявление общей патологии, провоцирующей заболевание, и при ее выявлении проведение соответствующей патогенетической терапии.
6. Рассасывающая терапия – не ранее 1 месяца после стихания острого воспалительного процесса.

**Критерии перевода на следующий этап** (этап амбулаторного долечивания): купирование воспалительного процесса, болевого синдрома.

### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Цiproфлоксацин 250 мг, 500 мг табл
2. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
3. Индометацин 250 мг табл
4. \*Дексаметазон раствор (глазные капли) 0,1% 10 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. EBM Guidelines. Iridocyclitis. 2004
2. Evidence-Based Medicine Guidelines. DUODEMECUM Medical Publications. 2001.
3. Dunne JA, Travers JP. Topical steroids in anterior uveitis. Trans Ophthalmol Soc UK 1979, 99: 481-484.
4. Foster CS, Alter G, DeBarge RL, et al. Efficacy and safety of rimexolone 1% ophthalmic suspension vs prednisolone acetate in the treatment of uveitis. Am J Ophthalmol 1996; 122: 171-182.
5. The Loteprednol Etabonate US Uveitis Study Group. Controlled evaluation of Loteprednol etabonate and prednisolone acetate in the treatment of acute anterior uveitis. Am J Ophthalmol 1999; 127: 537-544.
6. Yang BJ, Cunningham WF, Akingbehin T. Double-masked controlled clinical trial of 5% tolmetin versus 0,5% prednisolone versus 0,9% saline in acute endogenous nongranulomatous anterior uveitis. Br J Ophthalmol 1982, 66: 389391.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Открытая проникающая черепно-мозговая травма у детей**

**Код протокола:** 01-001в

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** стабилизация витальных функций, отсутствие патологических менингеальных симптомов, температуры, первичное заживление раны; улучшение самочувствия больного, регресс очаговой и общемозговой симптоматики в зависимости от степени тяжести травмы.

**Длительность лечения (дней):** 17

**Код МКБ:**

S06 Внутричерепная травма;

T06.0 Травмы головного мозга и черепных нервов в сочетании с травмами спинного мозга и других нервов на уровне шеи.

**Определение:** Черепно-мозговая травма с повреждением мягких тканей головы и твердой мозговой оболочки является проникающей.

**Классификация:** Важным критерием оценки тяжести черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является уровень сознания (шкала комы Глазго). На практике удобно выделять следующие уровни:

- пострадавший в сознании

- пострадавший дезориентирован
- пострадавший реагирует на окрик и встряхивание
- пострадавший реагирует на боль
- нет реакции на боль

По степени тяжести проникающие ЧМТ разделяются на легкие, средние и тяжелые. С повреждением и без повреждения вещества головного мозга. Огнестрельная.

**Факторы риска:** дорожно-транспортные происшествия, криминогенная обстановка, отсутствие защитного шлема в случае необходимости, высокий риск травматизма при неорганизованности детей в детском саду, школе, дома.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:** проникающее ранение черепа с истечением мозгового детрита из раны, пальпируемый вдавленный перелом черепа, сложный перелом костей черепа с ото-назоликвореей. Открытая проникающая ЧМТ у детей нуждается в немедленном диагностическом обследовании, на фоне противошоковой терапии и борьбы с отеком головного мозга, с целью выявления вдавленных отломков костей черепа в вещество головного мозга, контузионных очагов и интракраниальной гематомы. В случае если не сделана компьютерная томография (КТ), проводится рентгенологическое исследование черепа, эхоэнцефалоскопия с клинико-неврологическим динамическим наблюдением для раннего выявления витальных расстройств и внутричерепного кровотечения.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Определение гемоглобина
2. Общий анализ крови (6 параметров)
3. Гематокрит
4. Общий анализ мочи
5. Общий анализ ликвора
6. Осмотр глазного дна
7. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
8. Определение остаточного азота
9. Определение общего белка
10. Компьютерная томография
11. Рентгенография черепа
12. ЭКГ
13. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Рентгенография грудной клетки (одна проекция)
2. Электроэнцефалография
3. Исследование кала на яйца глист
4. Исследование кала на копрологию

### **Тактика лечения:**

Дифференцированный подход к выбору тактики лечения (консервативному или хирургическому) требуют дети с открытыми проникающими переломами основания черепа, сопровождающиеся ликвореей и пневмоцефалией. В большинстве случаев лечение консервативное, основанием для хирургического лечения этих больных являются ухудшение состояния, нарастание дислокационного синдрома.

Операции – костно-пластическая трепанация, открытая репозиция, резекционная трепанация. Открытые оскольчатые вдавленные проникающие переломы костей черепа, требуют устранения не только вдавления костных отломков, но и восстановления целостности твердой мозговой оболочки. Повреждение венозных синусов твердой мозговой оболочки является грозным осложнением вдавленных переломов костей черепа. При подозрении на повреждение синуса, устранение вдавления осуществляется с наложения ферзевого отверстия с формированием костного лоскута, включающего все фрагменты вдавления. В последнюю очередь осторожно удаляется костный фрагмент, внедряющийся в стенку синуса.

Огнестрельные проникающие черепно-мозговые ранения у детей встречаются редко (в Казахстане). Обработка входного отверстия во многом определяется характером повреждения кости. При небольших входных дефектах кости, чаще применяют костно-пластическую трепанацию (ранения самодельным и пневматическим оружием). Это связано с высокой вероятностью проведения первичной пластики. При пулевых ранениях со значительными многооскольчатыми переломами кости используется резекционная трепанация.

Продолжающееся внутричерепное кровотечение приводит к снижению уровня сознания (например, с 15 до 3 баллов по шкале комы Глазго), бради- и тахикардия, урежению дыхания. При появлении перечисленных выше симптомов для исключения гематомы, показано наложение лечебно-диагностических фрезевых отверстий, при отсутствии возможности КТ-исследования. При наличии интракраниальной гематомы операционный подход должен обеспечивать оптимальные условия для удаления гематомы.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Раствор Рингера ацетат
2. \*Пирацетам раствор для инъекций в ампулах 20% 5 мл
3. \*Винпоцетин 5 мг, 10 мг табл
4. \*Дротаверин раствор для инъекций 40 мг/2мл
5. \*Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
6. \*Пиридоксин таблетка 10 мг, 20 мг; раствор для инъекций 1%, 5% в ампуле 1 мл
7. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
8. \*Токоферола ацетат масляный раствор в ампулах по 1 мл 5%, 10%, 30% масляный раствор 50% в капсулах
9. \*Цианокобаламин раствор для инъекций в ампуле 1 мл (500 мкг)
10. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
11. \*Бензилпенициллин-натрий\* 1000000 ЕД фл.
12. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
13. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1000 мг во флаконе
14. \*Натрия хлорид, р-р д/и фл д/кровезам 200мл
15. \*Декстроза р-р д/и 5% 10% фл 400мл, 500мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** регресс очаговой и общемозговой симптоматики в зависимости от степени тяжести травмы.

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Справочник врача общей практики. Дж. Мерта. Практика, М., 1998
2. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. ГЭОТАР-МЕД, М., 2004
3. Pediatrics at a glance. Ed S.M. Altschuler, S. Ludwig
4. Management of children with head trauma. Canadian Paediatric Society (CPS) Canadian Medical Association Journal, 1990, 149, 949. Reaffirmed January 2002.
5. Early management of patients with a head injury. SIGN, 2000
6. Руководство по диагностике и лечению черепно-мозговой травмы у детей. Орлов Ю.А., Киев. 2002.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

# Панкреатит

**Код протокола:** 07-066a

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** купирование воспаления поджелудочной железы и удаление некротической ткани поджелудочной железы.

**Длительность лечения (дней):** 16

**Коды МКБ:**

K85 Острый панкреатит

K86 Другие болезни поджелудочной железы

**Определение:** **Острый панкреатит (ОП)** характеризуется развитием отёка поджелудочной железы (отёчный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей воспалительной реакцией.

Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение, причём каждой его фазе соответствует определённая клиническая форма.

**Классификация:** 1. Острый легкий панкреатит. 2. Острый тяжелый панкреатит. А) панкреонекроз асептический, б) панкреонекроз инфицированный. 3. Острый тяжелый панкреатит, осложненный.

**Факторы риска:** билиарная, токсико-аллергическая, контактная, ангиогенная, токсико-инфекционная, посттравматическая, осложняющая, криптогенная.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:** Многократная рвота, боли опоясывающего характера, повышение амилазы в крови, увеличение размеров поджелудочной железы и содержание жидкости в салниковой сумке. Параллельно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания. Наиболее важно раннее выявление тяжёлого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала. Признаки, характерные для тяжёлого ОП, следующие: перитонеальный синдром, нестабильная гемодинамика, олигурия, гемоглобин выше 150г/л, лейкоцитоз выше  $14 \times 10^9$  /л, глюкоза выше 10 ммоль/л, мочевины выше 12 ммоль/л;

Наличие хотя бы двух признаков, позволяет диагностировать тяжёлый ОП, который подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (нетяжёлый панкреатит) показана госпитализация в хирургическое отделение.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение глюкозы
4. Определение остаточного азота
5. Определение креатинина
6. Определение общего белка
7. Определение билирубина
8. Определение калия/натрия
9. Определение диастазы
10. Рентгеноскопия органов брюшной полости (ирригоскопия)
11. Определение группы крови и резус фактора
12. ЭКГ
13. Гистологическое исследование ткани
14. Микрореакция
15. Исследование крови на ВИЧ
16. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ
17. УЗИ органов брюшной полости
18. Компьютерная томография
19. Эзофагогастродуоденоскопия

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:** Оптимальным видом лечения ОП в ферментативной фазе является интенсивная консервативная терапия.

Для лечения нетяжёлого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

голод;

зондирование и аспирация желудочного содержимого;

местная гипотермия (холод на живот);

анальгетики;

спазмолитики;

инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24-48 часов.

Базисную терапию целесообразно усиливать антисекреторной и антиферментной терапией

При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 часов и наличии хотя бы одного из признаков тяжёлого панкреатита следует констатировать тяжёлый панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии и проводить лечение, соответствующее тяжёлому острому панкреатиту.

Интенсивная терапия тяжёлого панкреатита:

Основной вид лечения – интенсивная консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при тяжёлом ОП является недостаточно эффективным и должен быть дополнен специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 12 часов от начала заболевания). Хирургическое вмешательство в виде лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.).

Специализированное лечение:

1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок – первые трое суток заболевания): препарат выбора – сандостатин (октреотид) 100мкгх3р подкожно; препараты резерва - квамател (40мгх2р в/в), 5-фторурацил (5% 5мл в/в).
2. Реологически активная терапия (гепарин, реополиглюкин, рефортан и др.).
3. Возмещение плазмотерии (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов – 1:4).
4. Гистопротекция: антиферментная терапия (контрикал-не менее 50 тыс. ед., гордокс-не менее 500тыс. ед. в/в; оптимальный срок – первые 5 суток заболевания); антиоксидантная и антигипоксантная терапия.
5. Детоксикация;
6. Антибиотикотерапия широкого спектра действия с применением двух антибиотиков (фторхинолоны, метронидазол)

Лапароскопия показана:

пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;  
при необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Показания к операции: синдром острого живота, и наличие парапанкреатических затек, инфицирование секвестров.

Основные методы оперативного лечения: декомпрессия и дренирование желчных протоков: санация и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки: проведение перитонеального лаважа. Дренирование гнойных полостей, секвестрэктомия, резекция

поджелудочной железы, панкреатэктомия.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Метронидазол таблетка 250 мг раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
2. \* Йод+калия хлорид+глицерин+Вода раствор во флаконах 25 мл
3. \*Преднизолон 5 мг, табл
4. \*Натрия хлорид однокомпонентные и комбинированные растворы для инфузий и инъекций
5. \*Глюкоза раствор для инфузий 5%, 10% во флаконе 400 мл, 500 мл; раствор 40% в ампуле 5мл, 10 мл
6. \*Декстран мол.масса около 60000 - 400мл
7. \*Поливидон 400мл, фл
8. \*Альбумин раствор для инфузий во флаконе 5%, 10%, 20%
9. \*Метоклопрамид таблетка 10 мг; раствор в ампуле 2 мл
10. \*Неостигмин раствор для инъекций 0,05% в ампуле 1 мл; таблетка 15 мг
11. \*Препараты, получаемые из крови, плазмозаменяющие средства и средства для парентерального питания
12. \*Фамотидин таблетка 40 мг раствор для инъекций 20 мг
13. \*Фуросемид 40мг табл
14. \*Аминофиллин раствор для инъекций 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** Достижение асептической кисты поджелудочной железы при панкреонекрозе.

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Mergener K., Baillie J. Acute pancreatitis. Clinical review. BMJ 1998;316: 44-48;
2. National Guideline Clearinghouse. Treatment of acute pancreatitis;
3. EBM Guidelines. Acute pancreatitis and chronic pancreatitis. 2004.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Перелом диафиза обеих костей голени

**Код протокола:** 21-173в

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар (лечение с оперативным вмешательством)

**Цель этапа:** своевременная диагностика перелома костей голени, определение терапевтической тактики (консервативная, оперативная), профилактика возможных осложнений, проведение реабилитационных мероприятий, восстановление функции конечности.

**Длительность лечения (дней):** 16

**Коды МКБ:**

S82.2 Перелом тела [диафиза] большеберцовой кости

S82.3 Перелом дистального отдела большеберцовой кости

*Исключено:* внутренней [медиальной] лодыжки (S82.5)

**Определение:** Перелом диафиза обеих костей голени – нарушение целостности костной ткани тела малой и большеберцовой костей в результате травмы или патологического процесса.

**Классификация:** (по классификации АО)

1. Открытый (инфицированный перелом);
2. Закрытый перелом.

По плоскости перелома:

1. поперечные;
2. косые;
3. винтообразные;
4. продольные;
5. оскольчатые (сегментарные);

**Факторы риска:** детренированность, неосторожные резкие движения, старческий возраст.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:**

1. Болевой синдром в травмированной конечности [1];
2. Изменения мягких тканей над участком перелома (отек, гематома, деформация и др.) [1];
3. Крепитация костных обломков при пальпации предполагаемого травмированного участка голени [1];
4. Патологическая подвижность костных отломков;
5. Рентгенологические признаки перелома диафиза костей голени [1];

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Рентгенологическое обследование травмированной голени в 2-х проекциях

2. ЭКГ
3. Общий анализ крови (6 параметров)
4. Общий анализ мочи
5. Коагулограмма
6. Биохимия
7. Серологическое обследование на сифилис
8. ВИЧ
9. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:**

Репозиция большинства сочетанных переломов голени проводится с применением спинальной анестезии. Показания к оперативному лечению перелома:

1. Перелом обеих костей голени со смещением (в случаях отсутствия желаемой репозиции);
2. При наличии больших, глубоких повреждений мягких тканей или сосудистого пучка;
3. Осложненный перелом костей голени;
4. Сегментарный перелом костей голени.

Оперативное лечение:

1. Применение внешнего фиксирующего устройства на большеберцовую и малоберцовую кости
2. Интрамедуллярный закрытый блокирующий остеосинтез;
3. Интрамедуллярный остеосинтез;
4. Остеосинтез пластиной и винтами.

Сразу после оперативного лечения необходимо начать мобилизацию травмированной конечности.

После остеосинтеза фиксатор удаляют не ранее, чем через 6 месяцев. У больных старше 60 лет фиксатор можно оставить пожизненно. В течение 1 месяца после удаления металлоконструкции больному следует избегать чрезмерных физических нагрузок на конечность.

Ведение после репозиции перелома костей голени:

В течение 3-х суток после репозиции показано приподнятое положение травмированной голени, после исчезновения отека, пациент должен начинать движения, объем которых постепенно расширяется вплоть до выписки из стационара. Упражнения для разработки пальцев ног и мышц должны начинаться незамедлительно.

Весовая нагрузка на травмированную ногу должна начинаться как можно раньше после проведения репозиции с постепенным увеличением к

6-8 неделе. При клинически стабильном переломе разрешается ходьба с постепенным увеличением весовой нагрузки. Процесс восстановления костной ткани замедлен при выраженном смещении костей или глубоких повреждениях мягких тканей. Результаты многоцентровых исследований установили, что при использовании антибиотикопрофилактики у пациентов с открытыми переломами значительно уменьшает риск развития гнойно-воспалительных осложнений. Пациентов можно разделить на 3 группы риска [3]:

1. Открытый перелом с повреждением кожи и мягких тканей длиной менее 1 см., рана чистая.
2. Открытый перелом с повреждением кожи длиной более 1 см при отсутствии выраженных повреждений подлежащих тканей или значительных смещений.
3. Любые сегментарные переломы, открытые переломы с выраженным повреждением подлежащих тканей или травматической ампутацией.

Пациентам 1-2 групп риска необходимо введение предоперационной дозы антибиотиков (как можно раньше после травмы), в основном с действием на грамположительные микроорганизмы. Для пациентов группы риска 3 дополнительно назначают антибиотики, действующие на грамотрицательные микроорганизмы.

Схемы антибиотикопрофилактики:

1. Пациентам 1-2 групп риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0;
2. Пациентам 3 группы риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0 через 12 часов (2 раза в сутки) 7 дней + метронидазол 100 мл. в/в через 8 часов (3 раза в сутки) 3-5 дней.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Метронидазол таблетка 250 мг раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
2. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
3. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

1. Правильная репозиция перелома по данным рентгенологического исследования через 1-3, 6-8, 10-12 недель после репозиции;
2. Стабильность перелома в течение 5 месяцев;
3. Возможность пассивного отведения сразу после репозиции;

4. Возможность активных движений после репозиции;
5. Восстановление функции конечности;
6. Отсутствие осложнений после лечения.

***Литература, использованная при подготовке протокола:***

1. EBM Guidelines. Fracture of the Leg.- 2001
2. Доказательная медицина. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для практикующих врачей.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.523-524
3. National Guideline Clearinghouse. Practice Managment for Prophylactic Antibiotic Use in Open Fracture: Eastern Association for the Surgery of Trauma.- 2000.- p.28
4. Хирургия. Руководство для врачей и студентов.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.576-577
5. National Guideline Clearinghouse. Preoperative Test: the Use of Routine Preoperative Tests for Elective Surgery: Evidence, Methods&Guidance. London.-NICE.- 2003. 108p.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Перелом диафиза плеча со смещением**

**Код протокола:** 21-171p

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** своевременная диагностика перелома диафиза плеча со смещением, определение терапевтической тактики (консервативная, оперативная), профилактика возможных осложнений, проведение реабилитационных мероприятий, восстановление функции конечности.

**Длительность лечения (дней):** 9

**Коды МКБ:** S42.3 Перелом тела (диафиза) плечевой кости

**Определение:**

Перелом тела (диафиза) плеча со смещением – нарушение целостности костной ткани тела плечевой кости в результате травмы или патологического процесса.

**Классификация:** данный протокол рассматривает конкретный вид перелома тела плечевой кости, по классификации АО

3. Открытый (инфицированный перелом);
4. Закрытый перелом.

По плоскости перелома:

6. поперечные;
7. косые;

8. винтообразные;
9. продольные;
10. оскольчатые (сегментарные);

По виду смещения фрагментов:

1. по ширине;
2. по длине;
3. под углом;
4. ротационные.

**Факторы риска:** детренированность, неосторожные резкие движения, старческий возраст

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:**

1. Болевой синдром в травмированном плече;
2. Ограничение или отсутствие подвижности конечности;
3. Изменения мягких тканей над участком перелома (отек, гематома, деформация и др.);
4. При пальпации патологическая подвижность, крепитация костных обломков предполагаемого травмированного участка плеча;
5. Рентгенологические признаки перелома диафиза плеча со смещением;

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Рентгенологическое обследование травмированного плеча в 2 проекциях
2. Электрокардиография
3. Общий анализ крови
4. Общий анализ мочи
5. Коагулограмма
6. Биохимический анализ крови
7. Серологическое обследование на сифилис
8. ВИЧ
9. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

При сопутствующей патологии соответствующее обследование по рекомендации специалиста

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:**

Любая тактика лечения проводится с применением адекватного обезболивания.

Консервативное лечение:

1. Репозицию производят в положении сидя или лежа. Критерии допу-

стимой репозиции перелома тела плеча:

- контакт между поверхностями обломков;
  - угловое смещение менее 10°.
2. Иммобилизация с применением гипсовой повязки и подвешивающей повязки на предплечье через шею до 6 недель, скелетное вытяжение на отводящей шине ЦИТО или прикроватное скелетное вытяжение.
  3. При наличии неустойчивого перелома иммобилизация может быть продлена. Шину можно заменить ортопедическим аппаратом.
  4. Через 2-3 недели допускается осуществление пассивного отведения и покачивания. Через 6 недель следует начинать активные движения в верхней конечности.
  5. Рентгенографический контроль через неделю после репозиции.

Оперативное лечение: показано при нестабильном переломе:

1. Остеосинтез пластинкой и винтами или с применением интрамедуллярного штифта, внутрикостный блокирующий остеосинтез.
2. Закрытая репозиция костных отломков с фиксацией аппаратами внешней фиксации.

Перед проведением оперативного лечения при открытых переломах обязательно введение противостолбнячного анатоксина [2].

Результаты многоцентровых исследований установили, что при использовании антибиотикопрофилактики у пациентов с открытыми переломами значительно уменьшает риск развития гнойно-воспалительных осложнений [3]. Пациентов можно разделить на 3 группы риска [3]:

4. Открытый перелом с повреждением кожи и мягких тканей длиной менее 1 см., рана чистая.
5. Открытый перелом с повреждением кожи длиной более 1 см при отсутствии выраженных повреждений подлежащих тканей или значительных смещений.
6. Любые сегментарные переломы, открытые переломы с выраженным повреждением подлежащих тканей или травматической ампутацией.

Пациентам 1-2 групп риска необходимо преоперационной дозы антибиотиков (как можно раньше после травмы), в основном с действием на грамположительные микроорганизмы. Для пациентов группы риска 3 дополнительно назначают антибиотики, действующие на грам-отрицательные микроорганизмы [3].

Схемы антибиотикопрофилактики [3]:

3. Пациентам 1-2 групп риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0;
4. Пациентам 3 группы риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0

через 12 часов (2 раза в сутки) 7 дней + метронидазол 100 мл. в/в через 8 часов (3 раза в сутки) 3-5 дней.

**Перечень основных медикаментов:**

4. \*Метронидазол таблетка 250 мг раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
5. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
6. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

- Правильная репозиция перелома по данным рентгенологического исследования через 1 неделю;
- Стабильность перелома в течение 2 месяцев;
- Возможность пассивного отведения и покачивания конечности через 2-3 недели после репозиции;
- Возможность активных движений через 6 недель после репозиции;
- Восстановление функции конечности;
- Отсутствие осложнений после лечения.

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

6. Work Loss Data Institute. Shoulder.- 2005.- 137 p.
7. Доказательная медицина. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для практикующих врачей.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.523-524
8. National Guideline Clearinghouse. Practice Management for Prophylactic Antibiotic Use in Open Fracture: Eastern Association for the Surgery of Trauma.- 2000.- p.28
9. Хирургия. Руководство для врачей и студентов.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.576-577
10. National Guideline Clearinghouse. Preoperative Test: the Use of Routine Preoperative Tests for Elective Surgery: Evidence, Methods&Guidance. London.-NICE.- 2003. 108p.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Перелом Монтеджи

**Код протокола:** 21-171н

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** Своевременная диагностика перелома Монтеджи, оперативное лечение, профилактика возможных осложнений, проведение реабилитационных мероприятий, восстановление функции конечности.

**Длительность лечения (дней):** 9

**Коды МКБ:** S52.7 Множественные переломы костей предплечья

**Определение:** Перелом Монтеджи – перелом проксимальной части диафиза локтевой кости и вывих головки лучевой кости.

**Классификация:** по классификации АО данный вид перелома относится к простому перелому диафиза локтевой кости с вывихом головки лучевой кости (A1.3);

По характеру повреждения мягких тканей:

- Закрытый,
- Открытый,

**Факторы риска:** детренированность, неосторожные резкие движения, старческий возраст.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:**

1. Болевой синдром в травмированной конечности;
2. Ограничение или отсутствие подвижности в локтевом суставе;
3. Изменения мягких тканей над участком перелома (отек, гематома, деформация и др.);
4. Патологическая подвижность, крепитация костных обломков при пальпации локтевой кости;
5. Признаки повреждения нервно-сосудистого пучка (похолодание, потеря чувствительности в предплечье и кисти);
6. Рентгенологические признаки перелома верхней трети диафиза локтевой кости со смещением и вывихом головки лучевой кости;

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

10. Рентгенологическое обследование травмированного плеча в 2 проекциях
11. Электрокардиография
12. Общий анализ крови
13. Общий анализ мочи
14. Коагулограмма

15. Биохимический анализ крови
16. Серологическое обследование на сифилис
17. ВИЧ
18. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

При сопутствующих патологии соответствующее обследование по рекомендации специалиста.

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:**

Лечение - всегда остеосинтез локтевой кости и закрытая репозиция головки лучевой кости. Операция: Открытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой кости с внутренней фиксацией. Контроль за правильностью репозиции осуществляется в течение первых 2 суток после операции. Контроль консолидации перелома проводится рентгенологическим методом через 21 сутки после репозиции, затем ежемесячно. Анальгетические и нестероидные противовоспалительные препараты используются в течение 2 недель. Пластины после остеосинтеза локтевой кости обычно удаляют через 8-12 месяцев под общим наркозом.

Результаты многоцентровых исследований установили, что при использовании антибиотикопрофилактики у пациентов с открытыми переломами значительно уменьшает риск развития гнойно-воспалительных осложнений [3]. Пациентов можно разделить на 3 группы риска [3]:

7. Открытый перелом с повреждением кожи и мягких тканей длиной менее 1 см., рана чистая.
8. Открытый перелом с повреждением кожи длиной более 1 см при отсутствии выраженных повреждений подлежащих тканей или значительных смещений.
9. Любые сегментарные переломы, открытые переломы с выраженным повреждением подлежащих тканей или травматической ампутацией.

Пациентам 1-2 групп риска необходимо введение предоперационной дозы антибиотиков (как можно раньше после травмы), в основном с действием на грамположительные микроорганизмы. Для пациентов группы риска 3 дополнительно назначают антибиотики, действующие на грамотрицательные микроорганизмы.

Схемы антибиотикопрофилактики [3]:

5. Пациентам 1-2 групп риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0;
6. Пациентам 3 группы риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0 через 12 часов (2 раза в сутки) 7 дней + метронидазол 100 мл. в\в через 8 часов (3 раза в сутки) 3-5 дней.

**Перечень основных медикаментов:**

7. \*Метронидазол таблетка 250 мг раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
8. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
9. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет**Критерии перевода на следующий этап:**

- Правильная репозиция перелома по данным рентгенологического исследования;
- Заживление послеоперационной раны первичным натяжением;
- Отсутствие осложнений после лечения.

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

11. Доказательная медицина. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для практикующих врачей.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.523-524
12. National Guideline Clearinghouse. Elbow. Work Loss Data Institute.- 2004.- p.110
13. National Guideline Clearinghouse. Practice Management for Prophylactic Antibiotic Use in Open Fracture: Eastern Association for the Surgery of Trauma.- 2000.- p.28
14. National Guideline Clearinghouse. Preoperative Test: the Use of Routine Preoperative Tests for Elective Surgery: Evidence, Methods&Guidance. London.-NICE.- 2003. 108p.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Перелом обеих костей предплечья в средней трети**

**Код протокола:** 21-1716

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар (лечение с оперативным вмешательством)

**Цель этапа:** Своевременная диагностика перелома костей предплечья, оперативное лечение, профилактика возможных осложнений, проведение реабилитационных мероприятий, восстановление функции конечности.

**Длительность лечения (дней):** 8

**Коды МКБ:**

S52.2 Перелом тела [диафиза] локтевой кости

S52.4 Сочетанный перелом диафизов локтевой и лучевой костей

S52.3 Перелом тела [диафиза] лучевой кости

**Определение:**

Перелом тела (диафиза) костей предплечья со смещением – нарушение целостности костной ткани тела плечевой кости в результате травмы или патологического процесса.

**Классификация:** данный протокол рассматривает конкретный вид перелома диафизов костей предплечья.

5. Открытый (инфицированный перелом);
6. Закрытый перелом.

По плоскости перелома:

11. поперечные;
12. косые;
13. винтообразные;
14. продольные;
15. оскольчатые (сегментарные);

По виду смещения фрагментов:

5. по ширине;
6. по длине;
7. под углом;
8. ротационные.

**Факторы риска:** детренированность, неосторожные резкие движения, старческий возраст.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:**

6. Болевой синдром в травмированном сегменте;
7. Ограничение или отсутствие подвижности конечности;
8. Изменения мягких тканей над участком перелома (отек, гематома, деформация и др.);
9. При пальпации патологическая подвижность, крепитация костных обломков предполагаемого травмированного участка предплечья;
10. Рентгенологические признаки перелома диафиза костей предплечья со смещением;

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

19. Рентгенологическое обследование травмированного плеча в 2 проекциях
20. Электрокардиография
21. Общий анализ крови
22. Общий анализ мочи
23. Коагулограмма
24. Биохимический анализ крови
25. Серологическое обследование на сифилис

26. ВИЧ
27. Анти-HBS

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:** При неустранимом смещении, нестабильном стоянии отломков проводится оперативное лечение: остеосинтез локтевой и лучевой костей.

Операция: Открытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой кости с внутренней фиксацией.

Другие типы операций:

1. Открытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой кости с внешней фиксацией.
2. Закрытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой кости с внешней фиксацией.
3. Открытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой кости без внутренней и внешней фиксации.

Контроль репозиции отломков после операции в течение 2 суток и через 10 дней. Контроль консолидации перелома проводится рентгенологическим методом через 21 суток после репозиции, затем ежемесячно. Анальгетические и нестероидные противовоспалительные препараты используются в течение 2 недель. Пластины после остеосинтеза локтевой кости обычно удаляют через 8-12 месяцев под общим наркозом.

Результаты многоцентровых исследований установили, что при использовании антибиотикопрофилактики у пациентов с открытыми переломами значительно уменьшает риск развития гнойно-воспалительных осложнений [3]. Пациентов можно разделить на 3 группы риска [3]:

10. Открытый перелом с повреждением кожи и мягких тканей длиной менее 1 см., рана чистая.
11. Открытый перелом с повреждением кожи длиной более 1 см при отсутствии выраженных повреждений подлежащих тканей или значительных смещений.
12. Любые сегментарные переломы, открытые переломы с выраженным повреждением подлежащих тканей или травматической ампутацией.

Пациентам 1-2 групп риска необходимо введение предоперационной дозы антибиотиков (как можно раньше после травмы), в основном с действием на грамположительные микроорганизмы. Для пациентов группы риска 3 дополнительно назначают антибиотики, действующие на грамотрицательные микроорганизмы.

Схемы антибиотикопрофилактики [3]:

7. Пациентам 1-2 групп риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-

2,0;

8. Пациентам 3 группы риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0 через 12 часов (2 раза в сутки) 7 дней + метронидазол 100 мл. в/в через 8 часов (3 раза в сутки) 3-5 дней.

**Перечень основных медикаментов:**

10. \*Метронидазол таблетка 250 мг раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
11. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1000 мг во флаконе
12. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

- Правильная репозиция перелома по данным рентгенологического исследования;
- Заживление послеоперационной раны первичным натяжением;
- Отсутствие осложнений после лечения.

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 1248 с.: ил.
2. Blow-out fractures. EBM Guidelines.25.06.2001 Author: Antti Pihakari. Article ID: ebm00372 (018.104)© 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
3. Work Loss Data Institute. Forearm, wrist, and hand. Corpus Christi (TX): Work Loss Data Institute; 2004. 67 p.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных

## **Переломы костей лицевого скелета**

**Код протокола:** 03-030д

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** устранение боли в челюсти, репозиция, фиксация отломков, восстановление прикуса.

**Длительность лечения:** 11 дней

**Код МКБ:** S02 перелом черепа и лицевых костей

Исключено: глазницы:

- верхней стенки (S02.1)

- дна (S02.3)

**Определение:** Нарушение целостности костной ткани костей лицевого скелета в результате травмы. Сочетанная травма - повреждение не менее двух анатомических областей одним и более повреждающими факторами.

**Классификация:** Перелом скуловой кости и верхней челюсти, перелом зуба, перелом нижней челюсти, множественные переломы костей черепа и лицевых костей

**Факторы риска:** детренированность, неосторожные резкие движения, старческий возраст

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:**

А) переломы нижней челюсти:

1. Статистические данные - Наиболее типичны переломы угла нижней челюсти (обычно левосторонние).
2. Обследование - Пальпация нижней челюсти. Обычно линию перелома удаётся пропальпировать до развития отёка. Необходимо также обследовать полость рта. Наличие гематомы дна полости рта почти всегда свидетельствует о переломе. Следует обратить внимание на кровотечение из десны при сгибании нижней челюсти. Следует осмотреть зубы. «Ступенька» на линии зубов - достоверный признак перелома. Необходимо оценить прикус. Обычно больной сам замечает изменение прикуса. Оценивают чувствительность в области нижней челюсти. Её изменение или потеря указывают на перелом со смещением и возможную необходимость операции.
3. Переломы ветви нижней челюсти могут сочетаться с разрывами слухового канала и кровотечением из наружного слухового прохода, не связанным с переломом основания черепа.

Б) латеральные переломы костей лицевого черепа:

1. Обследование: Необходимо обратить внимание на расположение скулы и ограничение объёма движений нижней челюсти. Потеря чувствительности в области крыла носа, верхней губы или скулы характерна для перелома со смещением, в таких случаях необходимо оперативное лечение. Необходимо выяснить, наличие диплопии. Иногда травма приводит к потере зрения. Обычно обнаруживают выступающую гематому сбоку от глаза (кровоподтёк) и гематому вокруг глаза.

В) Перелом Лefора II: Обнаруживают отёк в области средней трети лица и под глазицей, кровоподтёки с обеих сторон, носовое кровотечение (очень часто). Больной иногда отмечает диплопию.

- Перелом Лefора III: Кроме перечисленных выше признаков, обнаружи-

вают патологическую подвижность всей средней трети лица. Возможна потеря чувствительности в области скулы и верхней челюсти. Необходимо обратить внимание на возможное истечение ликвора. При травмах, возникающих в результате воздействия значительной силы, вся средняя треть лица вклинивается назад, и возникают выраженные нарушения прикуса.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Рентгенография лицевого черепа в прямой проекции
2. Рентгенография лицевого черепа в боковой проекции
3. Рентгенография лицевого черепа в аксиальной и полуаксиальной проекциях
4. Общий анализ крови (6 параметров)
5. Общий анализ мочи
6. Исследование кала на яйца глист
7. Микрореакция
8. Определение времени свертываемости капиллярной крови
9. Определение группы крови и резусфактора
10. Консультация врача анестезиолога
11. ЭКГ
12. Флюорография
13. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Компьютерная томография лицевого черепа
2. Ортопантомография
3. Определение билирубина
4. Определение глюкозы

#### **Тактика лечения:**

А) Основные принципы лечения переломов нижней челюсти:

- Консервативное лечение (установка арочной планки, поддержка зубного ряда) показано при стабильности перелома, нормальном прикусе и сохранности чувствительности нижней губы.
  - В течение месяца рекомендуют питание мягкой пищей и исключение нагрузок на челюсть.
  - Следует повторно посетить врача через неделю. В это время перелом гораздо легче увидеть на рентгенограмме.
- Нечувствительность нижней челюсти указывает на дислокацию и необходимость оперативного лечения. Если при переломе со смещением не удаётся сопоставить линии отломков иным способом, то необходимо операционное вмешательство: операция – репозиция и фиксация отломков челюстей ортопедическим методом.
  - Обычно перелом необходимо репонировать и зафиксировать на 4-5

нед.

- Может быть применён остеосинтез минипластинкой, фиксаторами с памятью формы в комбинации со стабильной фиксацией. Фиксация методом проволочного остеосинтеза недостаточно стабильна, поэтому её надо дополнять межчелюстным шинированием сроком на 4-5 нед.

При переломе венечного отростка необходимости в остеосинтезе обычно не возникает.

Осложнения:

- Примерно 6% случаев переломов нижней челюсти осложнены более или менее выраженными нарушениями чувствительности нижней губы.
- В области повреждённого нерва возможны невралгические боли, трудно поддающиеся лечению.
- Для восстановления чувствительности в области скуловой кости наиболее целесообразна операция сшивания подглазничного нерва (её можно провести даже через 6 мес после травмы).

Б) Методы восстановления нормального положения скуловой кости: вправление с помощью крючка Лимберга. Если скуловую кость в репонированном положении удержать не удаётся, для её закрепления используют пластинки, проволоку или наружные фиксаторы, металлом с памятью формы.

В) Перелом Лефора II. Перелом Лефора III:

Кости средней трети лица фиксируют непосредственно к черепу или к нижней челюсти. Необходимо попытаться восстановить прикус. Часто приходится проводить остеосинтез с помощью минипластинки, фиксаторами с памятью формы, спицами, костным швом.

Осложнения:

- Истечение ликвора из носа обычно прекращается самопроизвольно через несколько дней. Иногда верхняя челюсть остаётся смещённой назад, что приводит к уменьшению размеров лица и нарушению прикуса.

Г) переломы костей, образующих стенки глазницы:

Оперативное лечение проводят в течение первой (самое позднее, второй) недели после травмы. Наиболее важна коррекция диплопии, однако важен и косметический эффект. Если зрение утрачено, оперативное вмешательство проводят с косметической целью, а также для восстановления чувствительности кожных покровов лица.

Методы:

- Нижнюю стенку глазницы можно укрепить со стороны верхнечелюстной пазухи с помощью тампона или баллона. В настоящее время кор-

рекцию производят прямым обследованием и приподниманием отломков кости. При необходимости нижнюю стенку глазницы укрепляют с помощью синтетических материалов, костных или хрящевых ауто-трансплантатов.

Восстановление чувствительности может продолжаться в течение 6 месяцев. Умеренная диплопия обычно постепенно проходит после операции (вероятно, вследствие включения компенсаторных механизмов одного или обоих глаз).

Осложнения:

- Вследствие изменений объёма глазницы может возникнуть энтофтальм, также возможна диплопия. С профилактической целью необходимо назначить антибиотики.

**Перечень основных медикаментов:**

13. \*Метронидазол таблетка 250 мг раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
14. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1000 мг во флаконе
3. \*Цефуросим порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
4. \*Этанол раствор 70% (денатурированный)
5. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
6. \*Прокаинамид 0,25 г табл
7. \*Фурацилин 1:5000 фл
8. \*Эпинефрин раствор для инъекций в ампуле 0,18% 1 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** фиксация отломков, восстановление прикуса.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Fractures of the mandible. EBM Guidelines. 29.09.2001. Author: Antti Pihakari. Article ID: ebm00369 (018.013). © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd.
2. Facial injuries. EBM Guidelines. 29.09.2001. Author: Antti Pihakari. Article ID: ebm00390 (018.019). © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd.
3. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 1248 с.: ил.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Рак молочной железы

**Код протокола:** 09-126а

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** хирургическое удаление опухолевого процесса

**Длительность лечения (дней):** 15

**Коды МКБ:** С50 Злокачественное новообразование молочной железы

**Определение:** Рак молочной железы – это злокачественное заболевание молочной железы.

**Классификация:** В настоящее время принято использовать гистологическую классификацию Международного противоракового союза, классификация опухолей по системе TNM международного противоракового союза (2002 г.). Стадия рака устанавливается при первичном обследовании больной, а затем уточняется после операции (pTNM). Классификация относится только к карциномам и касается как мужской груди, так и женской молочной железы.

В случае наличия первично-множественных синхронных опухолей в одной молочной железе, для классификации должна быть взята опухоль с самой высокой категорией Т. Синхронные двусторонние опухоли молочной железы, должны классифицироваться независимо друг от друга, чтобы дать возможность разделения случаев по гистологическому типу.

**Факторы риска:** раннее или позднее наступление менопаузы, позднее рождение первого ребенка, облучение молочной железы в период ее развития, наличие семейного анамнеза РМЖ, нарушения менструального цикла, прием гормональных препаратов (контрацептивы, заместительная терапия), наличие заболеваний матки и яичников, щитовидной железы, психологические стрессы, злоупотребление алкоголем, ожирение, дисгормональные гиперплазии молочных желез, частые м/аборт в анамнезе, травмы молочных желез.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** клинически операбельный, верифицированный рак молочной железы для проведения хирургического лечения и в ряде случаев для проведения сложных диагностических исследований и химиотерапии. Лучевая терапия и химиотерапия могут проводиться амбулаторно.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** цитологическая или гистологическая верификация диагноза, ОАК (6 показателей), ОАМ, кровь на б/химию (9 показателей), кровь на коагулограм-

му, ЭКГ, ФГ или R-графия легких, УЗИ молочных желез, регионарных зон, печени, органов малого таза, маммография. Дуктография, МРТ, КТ молочных желез, определение уровня гормонов (ЭР -, ЭР +, Her-2-neu), апоптоз, СА15-3 по возможности и по показаниям.

**Критерии диагностики:** субъективные признаки - увеличение молочной железы, боль в груди или повышенная чувствительность, потеря массы тела (при прогрессировании болезни), боль в костях (при метастазировании); объективные признаки – асимметрия молочных желез, уплотнение, деформация контура, изменение положения соска, изменение кожи в виде «апельсиновой корки», отек и гиперемия кожи молочной железы, выделения из соска, язвенная опухоль молочной железы, увеличенные регионарные л/узлы. Дифференцировать следует с дисгормональными заболеваниями, фибroadеномой, кистой молочной железы, внутритротоковой папилломой, субареолярным абсцессом, маститом.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Определение гемоглобина
2. Подсчет лейкоцитов в камере Горяева
3. Подсчет эритроцитов на КФК
4. Определение СОЭ
5. Гематокрит
6. Подсчет лейкоцитарной формулы
7. Общий анализ мочи
8. Определение общего белка
9. Цитологическое исследование и гистологическое исследование ткани
10. Определение времени свертываемости капиллярной крови
11. Подсчет тромбоцитов
12. Исследование крови на ВИЧ
13. Микрореакция
14. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ
15. Определение белковых фракций
16. Определение билирубина
17. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
18. Определение остаточного азота
19. Определение глюкозы
20. Определение АЛТ
21. Определение АСТ
22. Тимоловая проба

23. Определение группы крови и Резус-фактора
24. УЗИ органов брюшной полости
25. ЭКГ
26. рентгенография грудной клетки в двух проекциях
27. УЗИ молочных желез
28. Маммография
29. Дуктография
30. УЗИ органов малого таза
31. МРТ молочной железы
32. КТ молочной железы

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Консультация кардиолога

**Тактика лечения.** При диагностике РМЖ учитываются анамнестические и физикальные данные, проводится маммография, цель которой заключается в дифференциации рака и опухолеподобных заболеваний, выявлении не пальпируемых изменений в других отделах пораженной и/или второй железе, что влияет на тактику лечебного вмешательства. При наличии выделений из сосков проводится дуктография. Для диагностики внутрикистозных папиллом (кровянистое содержимое в кисте, наличие образований в кисте по данным УЗИ) выполняется пневмоцистография. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) – способ получения материала из опухоли для цитологического исследования показано при кровянистом содержимом или наличии внутрикистозного образования по данным УЗИ (пневмоцистографии). При сомнениях в диагнозе показана трепан- или хирургическая биопсия. Трепан-биопсия проводится специальной иглой для получения участков ткани и позволяет дать полное заключение о характере патологического процесса. Хирургическая биопсия выполняется если ТАБ и трепан-биопсия не смогли подтвердить/исключить диагноз злокачественного новообразования. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография являются вспомогательными методами диагностики и необходимы при распространенных процессах для оценки состояния внутригрудных лимфатических узлов, исключения метастатических поражений печени, легких, костей скелета.

Объем оперативного вмешательства зависит от объема поражения. Также может проводиться предоперационная лучевая и химиотерапия. Для лечения и профилактики возникновения микоза при проведении химиотерапии показан итраконазол оральный раствор 400 мг/сут течение 7 дней.

Проводится либо органосохраняющая операция, либо радикальная мастэктомия. Органосохраняющая операция (лампэктомия: иссечение опу-

холи с минимальным отступом от ее краев в пределах непораженной ткани; радикальная резекция молочной железы; широкая резекция молочной железы: иссечение опухоли с большим отступом от ее краев в пределах непораженных тканей; сегментарная резекция или квадрантэктомия: резекция молочной железы от ее периферического края до соска, при которой отступ от краев опухоли составляет не менее 2 см) показана при размере опухоли менее 4 см и низкой степени злокачественности по данным гистологического исследования. Радикальная мастэктомия по Маддену (удаление молочной железы без большой и малой грудных мышц, и всех подмышечных узлов) проводится в размерах более 4 см, множественных очагах, маленьких размерах самой молочной железы, а также невозможности проведения лучевой терапии при ряде сопутствующих заболеваний. В случаях молодого возраста (до 40 лет) и при наличии инфильтрирующей карциномы, расположенной в области внутренних квадрантов или центральной части органа, после операции на 10-15 сутки присоединяется лучевая терапия на область грудины в дозе 40 Грей. Б) При неинвазивном раке молочной железы лечение ограничивается только операцией. Органосохраняющие операции при РМЖ обеспечивают, наряду с высокими показателями выживаемости, хорошие косметические и функциональные результаты. Социально-трудовая реабилитация больных после радикальной резекции молочной железы происходит быстрее, чем после мастэктомии.

Показания к выполнению органосохраняющих операций на молочной железе:

- а) локализация – любая, исключая центральную;
- б) наличие узловой формы рака размером до 2,5 см;
- в) расположение опухоли на расстоянии не менее 3 см от ареолы;
- г) отсутствие мультицентрического роста (на маммограммах, УЗИ клинически);
- д) медленный и умеренный темпы роста, удвоение размера опухоли не быстрее чем за 3 месяца (по данным анамнеза);
- е) благоприятное соотношение размеров молочной железы и опухоли для получения хорошего косметического результата операции;
- ж) отсутствие отдаленных метастазов;
- з) допустимо наличие одиночных метастазов в подмышечной области;
- и) желание больной сохранить молочную железу.

РМЖ – одно из немногих онкологических заболеваний, при котором лечение всех стадий многовариантно.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Тримепиридина гидрохлорид раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл
2. \*Йод+калия хлорид+глицерин+Вода 25 мл раствор во флаконах
3. Поливидон 400 мл во флаконе
4. \*Декстран 200 мл, 400 мл во флаконе, раствор для инфузий
5. Пентоксифиллин 100 мг драже; 10 мг/5 мл амп.
6. \*Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, 500 мг табл.; 5%, 10% 2 мл, 5 мл амп.
7. \*Глюкоза 5% 400 мл во флаконах
8. \*Натрия хлорид порошок для приготовления перорального раствора для подготовки к диагностическим исследованиям и хирургическим вмешательствам
9. \*Итраконазол оральная форма 150 мг – 10 мг\мл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Альбумин 5%, 10%, 20% во флаконе раствор для инфузий;
3. \*Гепарин раствор для инъекций натриевая соль 5 000, 25 000 МЕ; низкомолекулярные гепарины
2. \*Инсулин человеческий растворимый, биосинтетический раствор для инъекций 100 МЕ/мл

**Критерии перевода на следующий этап:** отсутствие рецидива, локальных и отдаленных (метастазов) признаков опухолевого процесса

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Breast cancer treatment. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Breast cancer treatment. Bloomington (VN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Sep. 41 p. [77 references]
2. Adjuvant Systemic Therapy for Node-negative Breast Cancer. Practic Guideline Report #1-8. Most Recent Literature search: May 1, 2003
3. The role of the Taxanes in the Management of Metastatic Breast cancer. Practic Guideline Report #1-3. April 24, 2004
4. Capecetabine in Stage IY Breast Cancer. Practic Guideline Report #1-16. Version 2, 2003
5. The Role of Aromatase Inhibitors in the Treatment of Postmenopausal Women with Metastatic Breast cancer. Practic Guideline Report #1-11. (Version 2.2002)
6. Practic Guideline Report #1-5. Recommendations modified: October 2003
7. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. 2003, вып.2, часть5.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Раны различной локализации

**Код протокола:** 21-175л

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** своевременная диагностика ран с учетом их локализации, определение терапевтической тактики (консервативная, оперативная), профилактика возможных осложнений.

**Длительность лечения (дней):** 12

**Коды МКБ:**

T01 Открытые раны, захватывающие несколько областей тела

S21 Открытая рана грудной клетки

S31 Открытая рана живота, нижней части спины и таза

S41 Открытая рана плечевого пояса и плеча

S51 Открытая рана предплечья

S61 Открытая рана запястья и кисти

S71 Открытая рана области тазобедренного сустава и бедра

S81 Открытая рана голени

S91 Открытая рана области голеностопного сустава и стопы

S16 Травма мышц и сухожилий на уровне шеи

S19 Другие и неуточненные травмы шеи

S19.7 Множественные травмы шеи

S19.8 Другие уточненные травмы шеи

S19.9 Травма шеи неуточненная

T01.0 Открытые раны головы и шеи

T01.1 Открытые раны грудной клетки, живота, нижней части спины и таза

T01.2 Открытые раны нескольких областей верхней(их) конечности

T01.3 Открытые раны нескольких областей нижней(их) конечности

T01.6 Открытые раны нескольких областей верхней(их) и нижней конечностей

T01.8 Другие сочетания открытых ран, захватывающих несколько областей тела

T01.9 Множественные открытые раны неуточненные

**Определение:** Рана – повреждение тканей организма вследствие механического воздействия, сопровождающиеся нарушением целостности кожи и слизистых оболочек [1].

**Классификация ран:** [1,2].

1. Колотые – в результате воздействия острого предмета;

2. Резаные – в результате воздействия острого длинного предмета, размером не менее 0,5 см.;
3. Ушибленные – в результате воздействия предмета большой массы или высокой скорости;
4. Укушенные – в результате укуса животного, режее, человека;
5. Скальпированные – происходит отслоение кожи и подкожной клетчатки от подлежащих тканей;
6. Огнестрельные – в результате действия огнестрельного оружия.

**Факторы риска:** не существует.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:**

- Болевой синдром в травмированной конечности;
- Вынужденное положение травмированной конечности;
- Ограничение или отсутствие подвижности конечности;
- Изменения мягких тканей над участком перелома (отек, гематома, деформация и др.);
- Крепитация при пальпации предполагаемого травмированного участка голени;
- Сопутствующие неврологические симптомы (отсутствие чувствительности, похолодание и др.);
- Повреждение кожного покрова согласно приведенной классификацией;
- Рентгенологические признаки травмы подлежащих тканей.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Определение типа травмы в соответствии с приведенной классификацией;
2. Определение степени нарушения функции травмированного органа (объем движений);
3. Клиническое обследование пациента (см. критерии диагностики);
4. Рентгенологическое обследование травмированной голени в 2-х проекциях.
5. Общий анализ крови;
6. Общий анализ мочи;
7. Коагулограмма;
8. Биохимия;
9. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения**

Необходимость анестезии зависит от вида раны согласно классификации.

С учетом нарушения целостности кожных покровов обязательно введение противостолбнячного анатоксина [2].

#### Консервативное лечение:

1. Первичная хирургическая обработка раны;
2. При отсутствии инфицирования раны антибиотикопрофилактика не проводится.

#### Оперативное лечение:

1. Наложение первичных швов при отсутствии признаков инфицирования раны;
2. Антибиотикопрофилактика проводится в течение 3-5 дней при ранах, полученных более 8 часов назад с высоким риском инфицирования:
  - Раны средней тяжести и тяжелые;
  - Раны, достигающие кости или сустава;
  - Раны рук;
  - Иммунодефицитное состояние;
  - Раны наружных половых органов;
  - Укушенные раны.
3. Оперативное лечение ран показано при подтверждении повреждения нервного или сосудистого пучка.

Результаты многоцентровых исследований установили, что при использовании антибиотикопрофилактики у пациентов с ранами уменьшает риск развития гнойно-воспалительных осложнений. Пациентов можно разделить на 3 группы риска:

13. Травмы с повреждением кожи и мягких тканей длиной менее 1 см., рана чистая.
14. Травмы с повреждением кожи длиной более 1 см при отсутствии выраженных повреждений подлежащих тканей или значительных смещений.
15. Любые травмы с выраженным повреждением подлежащих тканей или травматической ампутацией.

Пациентам 1-2 групп риска необходимо введение дозы антибиотиков (как можно раньше после травмы), в основном с действием на грам-положительные микроорганизмы. Для пациентов группы риска 3 дополнительно назначают антибиотики, действующие на грам-отрицательные микроорганизмы.

Схемы антибиотикопрофилактики:

- Пациентам 1-2 групп риска – амоксициллин 500 тыс. через 6 часов 5-10 дней per os;
- Пациентам 3 группы риска – амоксициллин 500 тыс. через 6 часов 5-10

дней per os + клавулоновая кислота 1 таблетка 2 раза.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Амоксициллин таблетка 500 мг, 1000 мг; капсула 250 мг; 500 мг
2. \*Перекись водорода раствор 3% во флаконе 25 мл, 40 мл
3. \*Нитрофурал 20 мг табл.

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** заживление раны, восстановление функций поврежденных органов

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

15. Доказательная медицина. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для практикующих врачей.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.523-524
16. Хирургия. Руководство для врачей и студентов.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.576-577
17. National Guideline Clearinghouse. Practice Managment for Prophylactic Antibiotic Use in Open Fracture: Eastern Association for the Surgery of Trauma.- 2000.- p.28
18. National Guideline Clearinghouse. Preoperative Test: the Use of Routine Preoperative Tests for Elective Surgery: Evidence, Methods&Guidance. London.-NICE.- 2003. 108p.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Рак молочной железы, состояние после радикальной мастэктомии

**Код протокола:** 09-126в

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** проведение адьювантной химиотерапии и лучевой терапии, направленной на предотвращение местного рецидивирования РМЖ и его метастазирования, увеличение продолжительности жизни, улучшение качества жизни

**Длительность лечения (дней):** 15

**Коды МКБ:**

C50 Злокачественное новообразование молочной железы

**Определение:** Рак молочной железы – это злокачественное заболевание молочной железы.

**Классификация:** В настоящее время принято использовать гистологическую классификацию Международного противоракового союза, классификация опухолей по системе TNM международного противоракового союза (2002 г.). Стадия рака устанавливается при первичном обследовании больной, а затем уточняется после операции (pTNM). Классификация относится только к карциномам и касается как мужской груди, так и женской молочной железы.

В случае наличия первично-множественных синхронных опухолей в одной молочной железе, для классификации должна быть взята опухоль с самой высокой категорией T. Синхронные двусторонние опухоли молочной железы, должны классифицироваться независимо друг от друга, чтобы дать возможность разделения случаев по гистологическому типу.

**Факторы риска:** раннее или позднее наступление менопаузы, позднее рождение первого ребенка, облучение молочной железы в период ее развития, наличие семейного анамнеза РМЖ, нарушения менструального цикла, прием гормональных препаратов (контрацептивы, заместительная гормональная терапия), наличие заболеваний матки и яичников, щитовидной железы, психологические стрессы, злоупотребление алкоголем, ожирение, дисгормональные гиперплазии молочных желез, частые м/аборт в анамнезе, травмы молочных желез.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** проведение химиотерапии, лучевой терапии.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** цитологическая или гистологическая верификация диагноза, ОАК (6 показателей), ОАМ, кровь на б/химию (9 показателей), кровь на коагулограмму, ЭКГ, ФГ или R-графия легких, УЗИ молочных желез, регионарных зон, печени, органов малого таза, маммография. Дуктография, МРТ, КТ молочных желез, определение уровня гормонов (ЭР -, ЭР +, Her-2-neu), апоптоз, СА15-3 по возможности и по показаниям.

**Критерии диагностики:** субъективные признаки - увеличение молочной железы, боль в груди или повышенная чувствительность, потеря массы тела (при прогрессировании болезни), боль в костях (при метастазировании); объективные признаки – асимметрия молочных желез, уплотнение, деформация контура, изменение положения соска, изменение кожи в виде «апельсиновой корки», отек и гиперемия кожи молочной железы, выделения из соска, язвенная опухоль молочной железы, увеличенные регионарные л/узлы. Дифференцировать следует с дисгормональными заболеваниями, фиброаденомой, кистой молочной железы, внутрипротоковой папилломой, субареолярным абсцессом, маститом.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Определение гемоглобина
2. Подсчет лейкоцитов в камере Горяева
3. Подсчет эритроцитов на КФК
4. Определение СОЭ
5. Определение гематокрита
6. Подсчет лейкоцитарной формулы
7. Общий анализ мочи
8. Определение общего белка
9. Определение белковых фракций
10. Определение билирубина
11. Коагулограмма I (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
12. Определение остаточного азота
13. Определение глюкозы
14. Определение АЛТ
15. Определение АСТ
16. Тимоловая проба
17. Определение группы крови и Резус-фактора
18. УЗИ органов брюшной полости
19. ЭКГ
20. УЗИ молочных желез
21. Маммография

22. Дуктография
23. УЗИ органов малого таза
24. МРТ молочной железы
25. КТ молочной железы

**Перечень основных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:** Проведение адьювантной химиотерапии и лучевой терапии после удаления рака молочной железы (РМЖ) в ранних стадиях снижает частоту его рецидивирования и повышает выживаемость. Применение антиэстрогенных препаратов (например, тамоксифен) удлиняет период ремиссии при эстрогензависимом метастазирующем РМЖ. При неэффективности тамоксифена применяются гормональные препараты второго ряда, например, селективные ингибиторы ароматазы, подавляющие превращение андрогенов в эстрогены. Аминоглутетимид, анастрозол и летрозол относятся к нестероидным ингибиторам ароматазы, а форместан и экземестан - к стероидным. Анастрозол, форместан, экземестан и летрозол - селективные ингибиторы ароматазы. Аминоглутетимид также подавляет выработку стероидов в надпочечниках. Применение всех этих препаратов способствует подавлению синтеза эстрогенов. Новые нестероидные (торемифен, идоксифен, ралоксифен) и стероидные (фаслодекс) антиэстрогены по сравнению с тамоксифеном реже вызывают развитие отдаленных побочных эффектов. Применение прогестинов (медроксипрогестерон, мегестрол) столь же эффективно как и применение тамоксифена. Если рецидив опухолевого процесса возникает после стандартной химиотерапии, ответная реакция на препараты второго ряда обычно слабая. Применение цитостатиков, в частности таксанов (паклитаксел, доксетаксел) и полусинтетических алколоидов винка (винорелбин) более эффективна, особенно при резистентности к антрациклинам.

Применение бифосфонатов (памидронат, клодронат) в сочетании со стандартной противоопухолевой терапией у больных с метастазами РМЖ в костную ткань снижает риск развития осложнений, связанных с ее поражением.

**Рекомендации по применению химиопрепаратов при метастатическом РМЖ**

**1. Таксаны:** пациентам, которые ранее не получали антрациклины, наряду с назначением одного антрациклина (доксорубицин или эпирубицин) или антациклина в стандартной комбинации предлагаются следующие опции:  
- лечение одним доцетакселом 100 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в каждые 3 недели  
- доцетаксел или паситаксел в комбинации с доксорубицином.

Пациентам, которые ранее не получали антрациклины, но имеют к ним

противопоказания рекомендуется лечение одним доцетакселом 100 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в каждые 3 недели.

Пациентам, ранее получавшим антрациклины как вспомогательную терапию и имеющим резистентность к ним рекомендуется – или доцетаксел (100 мг/м<sup>2</sup> 1 раз каждые 3 недели) или паклитаксел (175 мг/м<sup>2</sup> более 3 раз каждые 3 недели); - комбинация доцетаксела и капецитабина является терапевтическим выбором, из-за токсичности комбинации капецитабин в данной комбинации назначается в 75% от полной дозы. Данная комбинация назначается больным более молодого возраста и с хорошим клиническим статусом.

**2. Капецитабин:** пациентам моложе 70 лет с хорошим клиническим статусом и без сопутствующих заболеваний, имеющим резистентность к антрациклину и получавшим ранее антрациклины как вспомогательную терапию комбинация доцетаксела и капецитабина является терапевтическим выбором, стартовая доза 950 мг/м<sup>2</sup> дважды ежедневно капецитабин (75% от полной дозы) в день от 1 до 14 дня плюс доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/в в день от 1 до 21 дня цикла. Пациентам, получавшим ранее антрациклины и/или таксаны капецитабин назначается один (1) 1250 мг/м<sup>2</sup> дважды ежедневно от 1 до 14 дня из 21-дневного цикла.

**3. Бисфосфонаты:** Пациентам, которые плохо переносят пероральное применение памидроната и клодроната (тошнота, рвота, эзофагит) назначается памидронат в/в, альтернатива памидронату - золедронат в/в. Внутривенное применение клодроната исследовано недостаточно.

**4. Ингибиторы ароматаз:** терапия первой линии – анастрозол и летрозол превосходят тамоксифен в лечебном ответе при РМЖ у женщин в постменопаузальном периоде. Тамоксифен остается наиболее приемлемой альтернативой.

Схемы комбинированной химиотерапии (при метастазирующем РМЖ):

**Классическая схема ЦМФ** – циклофосфамид (по 100 мг/м<sup>2</sup> перорально с 1-го по 14 день), метотрексат (по 400 мг/м<sup>2</sup> в/в на 1-й и 8-й дни) и 5-фторурацил (по 600 мг/м<sup>2</sup> в/в 1-й и 8- дни) каждые 4 недели, в зависимости от ответной реакции число курсов может достигать 6.

**Схема ЦАФ** – циклофосфамид (по 500 мг/м<sup>2</sup> в/в), какой-либо из антрациклинов, например доксорубин (по 50 мг/м<sup>2</sup> в/в) и 5-фторурацил (по 500 мг/м<sup>2</sup> в/в) каждые 3 недели, в зависимости от ответной реакции на лечение число курсов может достигать 6.

**Схема ФЭЦ** – 5-фторурацил, эрубин и циклофосфамид каждые 3 недели, в зависимости от ответной реакции на лечение число курсов может достигать 6.

**Схема ФАЦ** – 5-фторурацил, антрациклины (эрубицин и доксорубицин) и циклофосфамид каждые 3 недели, в зависимости от ответной реакции на лечение число курсов может достигать 6.

Схемы комбинированной химиотерапии (при неметастазирующем РМЖ), включающие антрациклины, несколько более эффективны, чем схема комбинированного применения циклофосфамида, метотрексата и 5-фторурацила (ЦМФ). Сочетанное применение тамоксифена и комбинированной химиотерапии (в/в введение 2 цитостатиков или более каждые 3-4 недели в течение 4-6 мес. (по схеме ЦМФ) повышает выживаемость. Адъювантная химиотерапия наиболее эффективна у более молодых больных. После удаления РМЖ на ранних стадиях у больных моложе 50 лет подавление функции яичников повышает отдаленную выживаемость. Применение схем, включающих антрациклины (акларубицин, даунорубицин, доксорубицин, эпирубицин, идарубицин) снижает частоту рецидивирования РМЖ и статистически значимо повышает пятилетнюю выживаемость. Длительная (до 5 лет) адъювантная терапия тамоксифеном снижает риск рецидивирования опухоли и смерти больных с эстрогензависимым РМЖ. 5 летний курс терапии тамоксифеном (не более 5 лет) эффективнее более коротких курсов.

Миланская схема - сначала назначается один из антрациклинов, а затем терапию продолжают по классической схеме ЦМФ.

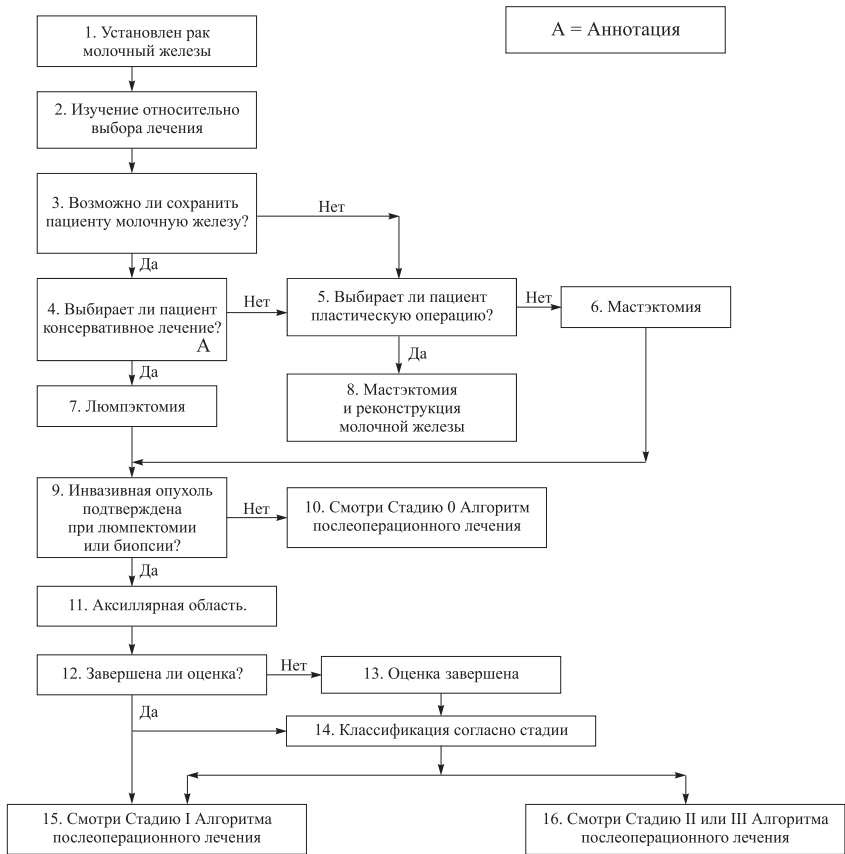
Классическая схема ЦМФ – комбинированное применение циклофосфамида, метотрексата и 5-фторурацила.

Схема ФАЦ – комбинированное применение 5-фторурацила, адриомидина (доксорубицина) и циклофосфамида.

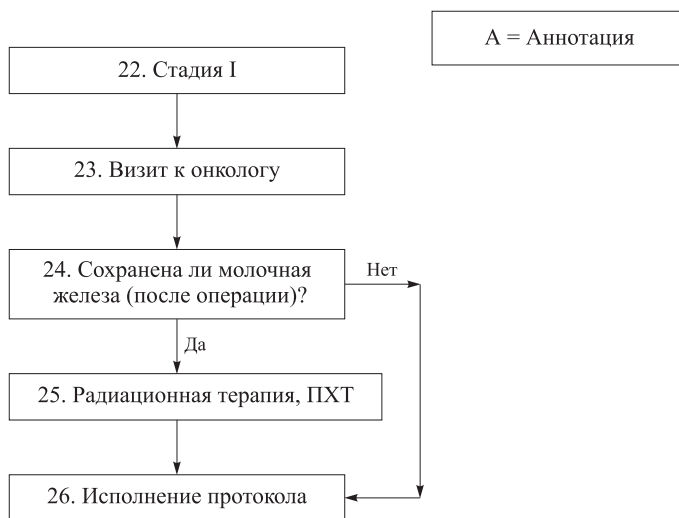
Для лечения и профилактики возникновения микоза при проведении химиотерапии показан итраконазол оральный раствор 400 мг\сут течение 10 дней.

Алгоритмы послеоперационного лечения рака молочной железы представлены.

## Лечение Рака Молочной Железы. Основной алгоритм лечения.



## Лечение Рака Молочной Железы. Стадия I Алгоритм послеоперационного лечения

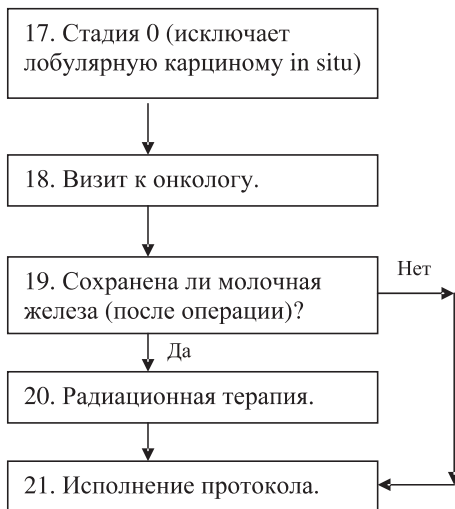


## Лечение Рака Молочной Железы. Стадия II или III Алгоритм послеоперационного лечения



## Лечение Рака Молочной Железы. Стадия 0 Алгоритм постоперационного лечения

A = Аннотация



### Перечень основных медикаментов:

1. Поливидон 400 мл о флаконе
2. \*Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, 500 мг табл.; 5%, 10% 2 мл, 5 мл амп.
3. \*Декстроза 5% 400 мл во флаконах
4. Натрия хлорид порошок для приготовления перорального раствора для подготовки к диагностическим исследованиям и хирургическим вмешательствам
5. Гозерелин 3,6 мг табл
6. \*Метотрексат 2,5 мг табл.
7. \*Циклофосфамид драже 50 мг; порошок для приготовления инъекционного раствора 200 мг, 500 мг во флаконе
8. \*Доксорубин порошок лиофилизированный 10 мг, 50 мг во флаконе
9. \*Цисплатин порошок лиофилизированный во флаконе 10 мг, 25 мг, 50 мг
10. \*Винкристин порошок лиофилизированный для инъекций 1 мг во флаконе
11. \*Этопозид капсула 50 мг, 100 мг; раствор для инъекций 100 мг/5 мл
12. \*Эпирубицин порошок для приготовления инъекционного раствора с

- растворителем во флаконе 10 мг, 50 мг
13. \*Тамоксифен таблетка 10 мг, 20 мг
  14. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** Отсутствие локальных и отдаленных (метастазов) признаков опухолевого процесса, отсутствие побочных эффектов лечения

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

8. Breast cancer treatment. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Breast cancer treatment. Bloomington (VN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Sep. 41 p. [77 references]
9. Adjuvant Systemic Therapy for Node-negative Breast Cancer. Practic Guideline Report #1-8. Most Recent Literature search: May 1, 2003
10. The role of the Taxanes in the Management of Metastatic Breast cancer. Practic Guideline Report #1-3. April 24, 2004
11. Capecetabine in Stage IY Breast Cancer. Practic Guideline Report #1-16. Version 2, 2003
12. The Role of Aromatase Inhibitors in the Treatment of Postmenopausal Women with Metastatic Breast cancer. Practic Guideline Report #1-11. (Version 2.2002)
13. Practic Guideline Report #1-5. Recommendations modified: October 2003
14. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. 2003, вып.2, часть5.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Травма глаза, удаление инородного тела, ПХО, эписклеральное пломбирование у детей**

**Код протокола:** 02-0206

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** удаление инородного тела, ушивание раны, купирование воспалительного процесса.

**Длительность лечения (дней):** 9

**Коды МКБ:**

S05.5 Проникающая рана глазного яблока с инородным телом

T15 Инородное тело в наружной части глаза

T15.0 Инородное тело в роговице

T15.1 Инородное тело в конъюнктивальном мешке

T15.8 Инородное тело в другом или нескольких наружных частях глаза

T15.9 Инородное тело в неуточненной наружной части глаза

**Определение:** Травма глаза - проникающее ранение глазного яблока с внедрением инородного тела

**Классификация:**

1. глубина и тяжесть повреждения: проникающее, сквозное, разрушение глаза;
2. локализация раны: в роговице, в роговично-склеральной области, в склере.
3. выпадение содержимого глаза: без выпадения или ущемления, с выпадением или ущемлением.
4. травматическая катаракта: без травматической катаракты, с травматической катарактой.
5. инородное тело, повредившее глаз: магнитное, немагнитное, магнитность инородного тела не выяснена, наличие инородного тела не выяснено; с локализацией – в глазу, в глазнице, в мозгу, в придаточных пазухах.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:** боль в глазу, наличие раны в глазу, снижение остроты зрения, светобоязнь, блефароспазм.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Биомикроскопия с помощью щелевой лампы
2. Офтальмоскопия
3. Оценка остроты зрения
4. УЗИ глаза
5. Рентгенография орбиты
6. ЭКГ
7. Взятие мазка на баканализ
8. Общий анализ крови (6 параметров)
9. Общий анализ мочи
10. Исследование кала на яйца глист
11. Определение глюкозы
12. Определение АЛТ
13. Определение АСТ
14. Консультация педиатра

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Тонометрия
2. Исследование критической частоты слияния мельканий
3. Электрофосфен
4. Электроретинография
5. Микрореакция

6. Определение времени свертываемости капиллярной крови
7. Подсчет тромбоцитов
8. Гониоскопия

**Тактика лечения:** Уточнение локализации инородного тела, уточнение характера повреждений внутриглазных структур, введение противовоспалительной сыворотки либо анатоксина, микрохирургическая обработка раны, удаление инородного тела одним из способов: трансквитреально или диасклерально.

Операция: Ушивание разрыва роговицы

Другие типы операций

- 12.00 Удаление внутриглазного инородного тела из переднего сегмента глаза, не уточненное иначе
- 12.81 Ушивание разрыва склеры
- 14.00 Удаление инородного тела из заднего сегмента глаза, не указанное иначе
- 14.01 Удаление инородного тела из заднего сегмента глаза с помощью магнита
- 14.02 Удаление инородного тела из заднего сегмента глаза без использования магнита
- 14.74 Другие виды механической витрэктомии с использованием набора ВИТРАК (витреотом)
- 14.75 Введение заменителя стекловидного тела (набор для инъекций вязких жидкостей; силикон, перфлюорон, лазерный эндозонд)
- 13.41 Аспирация хрусталиковых масс с введением вискоэластиков, по показаниям – одномоментная имплантация искусственного хрусталика (сулькусная модель Crystal и др.)

Герметизация проникающей раны.

Проведение в послеоперационном периоде противовоспалительной - (дексаметазон 0,1% по 1 к х 6 раз в день, дексаметазон парабульбарно 7-10 дней, по показаниям – преднизолон в/м, метронидазол в/в, диклофенак по 1 тб х 3 раза – 15 дней, антибактериальной (хлорамфеникол 0,25% по 2 к х 6 раз в день), гентамицин 40 мг, гентамицин 80 мг п/б в/м; рассасывающей (церебролизин парабульбарно, внутримышечно); дезинтоксационной (реополиглюкин внутривенно), маннитол по показаниям; гемостатической (этамзилат п/б и в/м 5-7 дней).

С целью профилактики спаек: тропикамид по 2 к х 2 раза в день, атропин по 2 к х 2 раза в день, при болях в глазу кеторолак внутримышечно, эпителизирующая: депротейнизированный дериват из телячьей крови гель

глазной, по показаниям депротенинизированный дериват из телячьей крови внутримышечно.

При благоприятном течении - лечение 12 суток, при осложненном течении - свыше 15.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Дексаметазон раствор (глазные капли) 0,1% 10 мл
2. \*Преднизолон раствор для инъекций 30 мг/мл
3. \*Метронидазол раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
4. Диклофенак натрия 25 мг, 100 мг, 150 мг табл
5. \*Хлорамфеникол раствор (капли глазные)
6. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
7. \*Комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи, раствор для инъекций 5, 10 и 20 мл
8. \*Маннитол раствор 10%, 20% во флаконе 100 мл, 500 мл
9. Этамзилат раствор для инъекций 125 мг, 250 мг/2 мл, амп
10. \*Атропин раствор (глазные капли) (сульфат) 0,1%, 0,5%, 1% по 1 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** купирование воспалительного процесса

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Eye Injuries. 2005
2. DUODEMECUM Medical Publications. Eye Injuries. 2001

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Удаление вдавленного перелома костей свода черепа**

**Код протокола:** 01-0016

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** удаление вдавленного перелома костей черепа, регресс основных клинических симптомов, заживление операционной раны.

**Длительность лечения (дней):** 21

**Коды МКБ:** S02.0 Перелом свода черепа

T06.0 Травмы головного мозга и черепных нервов в сочетании с травмами спинного мозга и других нервов на уровне шеи

**Определение:** **Вдавленные переломы** характеризуются наличием локального повреждения костей свода черепа со смещением костных от-

ломков в его полость (симптом уплотнения костной структуры). Для формирования вдавленного перелома черепа обязательно прямое контактное соударение поверхности головы с повреждающим предметом, ударная поверхность которого во много раз меньше поверхности свода черепа.

#### **Классификация:**

Оскольчатые вдавленные переломы подразделяют на импрессионные и депрессионные. При импрессионном переломе отломки (один или несколько) смещаются в полость черепа под острым углом, приобретая вид конуса, что, как правило, сопровождается разрывом твердой мозговой оболочки, формированием гематомы и очагов разможнения мозга. Депрессионные переломы образуются при воздействии травмирующей силы на большой площади (тупыми предметами). Костный фрагмент целиком или частично смещается в полость черепа обычно неглубоко, примерно на толщину прилежащих отделов костей свода. Твердая мозговая оболочка при этом, как правило, не повреждается. Если несколько вдавленных осколков фрагментарно накладываются друг на друга, то образуется так называемый черепицеобразный перелом. Встречаются раздробленные оскольчатые переломы костей свода, когда видна зона повреждения кости без смещения костных фрагментов. Все типы оскольчатых переломов часто сопровождаются многочисленными трещинами и линейными переломами.

**Факторы риска:** драки, особенно удары по голове различными тяжелыми предметами, автодорожные травмы, падения с высоты, нередко в алкогольном опьянении, производственные травмы.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:** местные изменения покровов головы в области приложения ударного воздействия; церебральные симптомы выпадения, раздражения и дислокации (нарушения сознания от кратковременной потери его в момент травмы до глубокой комы, поражение черепных нервов, дыхательные расстройства, параличи); общесоматические изменения.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Рентгенография костей черепа
2. Электроэнцефалография
3. Компьютерная томография
4. Ангиография сосудов головного мозга
5. Клинический анализ крови и мочи
6. Биохимический анализ крови определение группы крови и резус фактора
7. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ
8. ЭКГ
9. Рентгенография легких

Правильно судить о глубине внедрения отломков при вдавленных переломах можно только по данным рентгенографии в тангенциальной проекции.

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:**

Основное лечение – хирургическое. Оно заключается в удалении вдавленных костных фрагментов черепа, инородных тел, загрязненных участков мягких тканей, мозгового детрита, пластике твердой мозговой оболочки, проведении тщательного гемостаза.

Показания к операции: Наличие вдавленного перелома костей черепа на толщину кости и более с признаками сдавления головного мозга.

Противопоказания к экстренному вмешательству при отсутствии признаков нарастающей компрессии мозга возникают в случаях шока, жировой эмболии, невосполненной кровопотере, терминальном состоянии пострадавшего.

Операция: Удаление вдавленных фрагментов костей черепа

При наличии незагрязненной раны и небольшой площади повреждения кости возможен доступ через эту рану после освежения ее краев. При этом мобилизацию кости лучше всего проводить с помощью высокооборотных систем, применяя шаровидные фрезы малого диаметра, с окаймлением места вдавления. Так обеспечивается костесберегающий доступ. При использовании обычных мегафрез площадь окончательно удаляемой при доступе костной ткани может во много раз превосходить пределы поврежденной кости.

В большинстве иных случаев необходимы окаймляющие разрезы скальпа. Костный доступ быстро и малотравматично выполняется с помощью высокооборотного краниотома. При обнаружении свободно лежащих костных фрагментов, фиксированных по краям перелома лишь наружной костной пластинкой (вследствие откола и смещения внутренней пластинки) на участках свода черепа вне проекции синусов твердой оболочки мозга, возможна мобилизация костных фрагментов после скусывания наружной пластинки.

Обнаружение многооскольчатых вдавленных переломов черепа, особенно захватывающих проекцию синусов твердой оболочки мозга, требует проведения расширенной трепанации с формированием костного лоскута, границы которого включают все отломки. Такой же тактики следует придерживаться при наличии двух вдавленных переломов черепа, расположенных на небольшом расстоянии друг от друга. Широкий доступ позволяет в случае синусного кровотечения или при множественных то-

пографически разобщенных источниках кровотечения быстро и надежно осуществлять гемостаз.

В ряде наблюдений, несмотря на глубокое внедрение костных отломков, подлежащая твердая оболочка мозга оказывается неповрежденной (преимущественно у лиц молодого возраста). В таких случаях при отсутствии данных предоперационной КТ необходимо рассечение твердой мозговой оболочки с ревизией субдурального пространства и поверхности коры мозга (в том числе и с помощью эндокраниоскопии через небольшое отверстие в оболочке). Воздержаться от субдуральной ревизии можно в том случае, если имеется отчетливая пульсация внешне не измененной твердой оболочки мозга и если рана была сильно загрязнена инородными телами.

При повреждении твердой оболочки головного мозга необходима расширенная субдуральная ревизия с удалением размозженных участков мозга, проведением надежного гемостаза, введением в рану левомицетина сукцината (1 г разведенного порошка). После резекции размятых участков твердой оболочки головного мозга проводят ее пластику участком фасции (височная, широкая фасция бедра). Как известно, пластика лиофилизированными аллотрансплататами твердой оболочки в настоящее время запрещена.

Оптимальным решением следует считать протезирование твердой оболочки с помощью соответствующей мембраны «Гортекс», выполненной из растянутого политетрафторэтилена. Данная мембрана толщиной 0,3 мм приближена к толщине естественной твердой мозговой оболочки. Ее порозность менее 1 микрона обеспечивает минимальное прорастание тканей. Пластичность и мягкость позволяют повторять заданную кривизну поверхности. Перекрывая дефект твердой оболочки, мембрана действует как инертный межтканевой барьер, не прирастая к окружающим тканям. Это предотвращает формирование грубого рубца. Водонепроницаемость мембраны обеспечивает профилактику раневой ликвореи.

При вдавленных переломах наиболее часто повреждается верхний стреловидный синус как наиболее уязвимый (расположение на вершине свода черепа, большая протяженность, истончение парасагиттальных отделов теменных костей). Вторым по частоте повреждения следует поперечный синус. Повреждения места слияния синусов при оскольчатых переломах затылочной кости чаще не совместимы с жизнью, хотя помимо разрыва стенки синуса возможно только перекрытие его просвета отломками вдавленного перелома.

Адекватный доступ, обеспечивающий достаточный угол оперативного действия, достигается при широкой трепанации, включающей место вдавления с повреждением стенки синуса. При этом необходимо и в современных условиях возможно эффективное использование приемов реконструктивной пластики синуса с надежным гемостазом. Прекращение кровотечения в момент его обнаружения обеспечивают путем придавливания пальцами хирурга участка твердой оболочки в проекции синуса (определяемого по синему прокрашиванию оболочки) проксимальнее и дистальнее места повреждения. Затем временный гемостаз можно осуществить путем вставления тампонов эпидурально по краям трепанационного отверстия в проекции синуса. Более физиологичным является введение в зияющие просветы приводящего и отводящего сегментов синуса силиконовой трубки с расположенными у ее торцов раздувными микробаллончиками. При этом прекращение кровотечения из синуса достигается при сохранении по нему кровотока. После указанных приемов выполняют основной этап - окончательную остановку кровотечения. Ушивание стенки синуса производят при щелевидных ее дефектах с ровными краями. Особенностью хирургической техники здесь является прошивание только наружного листка твердой оболочки с сопоставлением внутреннего листка во избежание тромбоза синуса. Надежный гемостаз и армирование внешней стенки синуса достигаются при прикладывании и придавливании к месту повреждения небольшой пластинки «ТахоКомба», представляющего собой коллагеновую губку, обогащенную мощными гемостатиками (прикладывание производят желтоватой поверхностью пластинки, обращенной к месту дефекта). При небольшом дефекте стенки окологсинусной лакуны бывает достаточно введения в дефект кусочка мышцы с фиксацией его по краям при помощи биполярной коагуляции, фрагмента «Сургицеля» (полоска оксигенированной целлюлозы) или пластины «ТахоКомба», обеспечивающих быстрый надежный гемостаз.

При дырчатых дефектах верхнего стреловидного синуса выполняют пластику его стенок в зависимости от топографии, распространенности и характера их повреждения. При повреждении одной верхней стенки пластику выполняют выкроенным лоскутом твердой оболочки вблизи синусного дефекта с интерпозицией мышечного фрагмента или пластины «ТахоКомба» либо фрагментом височной фасции с ушиванием узловыми швами. В случае использования силиконовой трубки после наложения последней лигатуры (без затягивания) из баллончиков выпускают воздух с последующим извлечением трубки и завязыванием лигатуры. При по-

вреждении в пределах передней трети верхнего стреловидного синуса вполне допустима его обтурация мышечными полосками или указанными выше биосинтетическими материалами.

Наиболее трудной бывает остановка кровотечения из синуса при отрыве устья поверхностных венозных коллекторов, особенно при вторжении в полость черепа отколотых острых тонких костных отломков, как бы «срезающих» вену у устья, а также при одновременном повреждении двух стенок синуса. В таких случаях оптимальным решением является доступ в межполушарную щель с выкраиванием участка большого серповидного отростка и перемещением его на верхнюю стенку стреловидного синуса с ушиванием твердой оболочки по контралатеральному краю синуса с обязательным введением между листками оболочки полоски мышцы или пластинки «ТахоКомба». Такой реконструктивный прием необходим и возможен при ранении именно задней трети стреловидного синуса, где доступ в межполушарную щель облегчен отсутствием значимых вен и лакун, а перекрытие просвета синуса неизбежно приведет к гибели пострадавшего.

В то же время при разрушении стенки сигмовидного синуса вполне оправдана обтурация его просветов теми же материалами, так как венозный переток будет проходить через нижнюю анастомотическую вену, впадающую в дистальные отделы поперечного синуса.

Перевязка верхнего стреловидного синуса является наихудшим вариантом гемостаза. Помимо большого риска последующего летального исхода (особенно при перевязке в заднем сегменте верхнего стреловидного синуса или доминантного поперечного синуса) в процессе лигирования могут быть повреждены околосоинусные вены и дуральные лакуны с усилением венозного кровотечения. Кроме того, и верно выполненное лигирование может не обеспечить гемостаз, так как между лигатурами на протяжении поврежденной стенки синуса в него могут впадать крупные вены и открываться лакуны. Указанные выше технологии окончательного гемостаза позволяют в настоящее время полностью исключить этот малоэффективный и опасный хирургический прием и, несмотря на возможное пугающее массивнейшее кровотечение, быстро и надежно провести синусную реконструкцию.

Завершающим этапом реконструктивной хирургии вдавленных переломов является восстановление формы и поверхности черепа. Оптимальное решение - первичная пластика дефекта сохранившимися крупными фрагментами аутокости с объединением их путем сшивания лавсановой нитью или склеивания медицинскими клеевыми композициями. Укрепление

костного массива достигается с помощью титановых микропластинок. Сохранность внешней надкостницы и подлежащей твердой оболочки обеспечивает в таких случаях хорошую приживляемость фрагментов с предотвращением их миграции в полость черепа. Такой завершённый наиболее физиологичный вариант рационально применять при отсутствии грубых разрушений мозга не только в случаях закрытой ЧМТ, но и при наличии раны головы без явного ее загрязнения. При интерпозиции волос между крупными отломками с сохраненной надкостницей первичная остеопластика допустима только после временного разобщения фрагментов и полного удаления внедренных волос и инородных тел с тщательным отмыванием костных фрагментов в растворе антисептика с последующим введением в рану порошка левомицетина сукцината.

Вдавленные переломы наружной стенки лобной пазухи подлежат резекции с удалением сгустков крови из ее полости и освобождением стенок от слизистой оболочки, тампонадой мышц канала лобной пазухи. В ряде случаев операцию завершают дренированием назофронтального канала, при этом костные фрагменты рекомендуют соединять с помощью титановых микропластин. При небольших переломах с незначительным повреждением слизистой оболочки возможно ее ушивание с закрытием костного дефекта свободным мышечным лоскутом.

В случаях раздробленных мелких отломков кости с утраченной надкостницей, особенно загрязненных, при глубокой интерпозиции инородных тел или волос, а также при выраженном отеке мозга проведение первичной краниореконструкции невозможно или опасно. Тогда особенно важно применение протеза твердой мозговой оболочки «Гортекс», что обеспечивает герметизацию раны и профилактику рубцово-спаечного процесса с поддержанием структурности мягкотканых слоев операционной раны. Отсроченная остеопластика проводится с помощью ряда инертных материалов, таких как графитовая пластинка с заданной кривизной поверхности, гидроапатитовый цемент, никель-титановая сетка с пространственной памятью, современные пластические материалы (палакос, паламед).

Послеоперационное лечение: профилактика инфекционных, сердечно-сосудистых и дыхательных осложнений, противоотечная, антианальгическая, сосудистая терапия.

1. Анальгезирующая, седативная и гипосенсибилизирующая терапия: Метамизол 50% -2,0 2-3 раза/сут № 5-7 дней. Дифенгидрамин - 1мл 2-3 раза/сут № 5-7 дней. Лорноксикам 8 мг или кетопрофен 100 мг 2-3 раза/сут №5-7 дней. Диазепам 2,0 по показаниям.
2. Инфузионная терапия и восполнение ОЦК: Раствор Рингера 400 мл 1-2 раза/сут № 3-5 дней. Натрия хлорид 0,9% - 400мл 1-2 раза/сут №3-5

дней. Реополиглюкин 400 мл 1 раза/сут № 3-5 дней. Плазма свежезамороженная 300 мл по показаниям.

3. Противоотечная терапия: Фуросемид 2 мл 2-3 раза/сут № 3-5 дней. Маннитол 15% -400 мл 1-2 раза/сут по показаниям. Альбумин 10% - 100 мл 1-2 раза/сут по показаниям.
4. Нормализация мозгового кровотока: Эуфиллин 2,4% -10 мл 2 раза/сут № 5-7 дней. Кавинтон 2 мл 2 раза/сут № 7-10 дней. Циннаризин 1 т 3 раза/сут до 1 мес.
5. Улучшение метаболизма головного мозга: Актовегин 10% 250 мл/сут № 5-10 дней. Церебролизин 10-20 мл/сут № 7-10 дней. Пирацетам 20% 5 мл 2-3 раза/сут № 7-10 дней.
6. Профилактика инфекционных осложнений: Цефуроксим 0,75 x 3 раза/сут № 5 дней.
7. Профилактика кровотечений: Этамзилат 2 мл 3-4 раза/сут № 5 дней. Памба 5 мл 2 раза/сут № 3 дней.
8. Противосудорожная терапия по показаниям: Карбамазепин 0,1-0,2 2раза/сут

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
2. Лорноксикам 8 мг табл
3. \*Диазепам 2 мг, 5 мг табл
4. Растворы, применяемые для коррекции нарушений водного, электролитного и кислотно-основного баланса
5. \*Натрия хлорид однокомпонентные и комбинированные растворы для инфузий и инъекций
6. \*Препараты, получаемые из крови, плазмозамещающие средства и средства для парентерального питания
7. \*Фуросемид раствор для инъекций 20 мг/2мл в ампуле
8. \*Маннитол раствор 10%, 20% во флаконе 100 мл, 500 мл
9. \*Альбумин раствор для инфузий во флаконе 5%, 10%, 20%
10. Эуфиллин 2,4% -10 мл, амп
12. Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи раствор для инъекций 5, 10 и 20 мл
13. \*Пирацетам раствор для инъекций в ампулах 20% 5 мл
14. \*Цефуроксим таблетка 250 мг, 500 мг; порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
15. Этамзилат раствор для инъекций 125 мг, 250 мг/2 мл, амп
16. Памба 5 мл
17. \*Карбамазепин 100 мг, 200 мг табл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** заживление операционной раны, отсутствие клинических симптомов сдавления мозга

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Материалы IV-го мастер-класса «Интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы. Нейромониторинг», Москва, 18-19 июня 2005 г;
2. Карахан В., Лихтерман Л, Вдавленные переломы черепа, Медицинская газета, № 73, 2001.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Ушиб глазного яблока и тканей глазницы III-IV степени**

**Код протокола:** 02-016г

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** гладкое течение, заживление операционной раны, повышение остроты зрения, нормализация офталмотонуса, сохранение глазного яблока как органа, рассасывание кровоизлияний в передней камере глаза и в стекловидном теле.

**Длительность лечения (дней):** 9

**Коды МКБ:** S05.1 Ушиб глазного яблока и тканей глазницы

**Определение:** тупая травма глазного яблока и орбиты

**Классификация:** по степени тяжести: 1 степень - легкие, 2 - средней тяжести, 3 - тяжелые, 4 - очень тяжелые (с разрывом склеры).

По состоянию ВГД: нормотония – TN, гипертензия – T+, гипотония – T-.

По типу вторичного иммунодефицита: транзиторный, супрессорный, эф- фекторный.

Характеристика контузий: 3-ей степени: глубокие, эрозия, отек, десце- метит, надрывы склеры, кровоизлияния, гифемы более 3 мм, обширные иридодиализы, мидриаз, рецессия угла передней камеры, аниридия. Под- вывих, вывих хрусталика, разрывы капсулы хрусталика, его помутнение, грыжа стекловидного тела, частичный или диффузный гемофтальм. На глазном дне: выраженный отек сетчатки, центральные разрывы хориои- деи и сетчатки, отслойка сетчатки. Острота зрения от 0,1 до светоощу- щения с правильной проекцией света. ВГД нормальное, но может быть гипо- либо гипертензия. Контузии 4-ой степени: субконъюнктивальные

разрывы склеры, тотальный гемофтальм, выпадение радужки в рану, вывих хрусталика в переднюю камеру, стекловидное тело или конъюнктиву, отрыв зрительного нерва. Острота зрения снижена до светоощущения с неправильной проекцией света до слепоты. ВГД – чаще гипотония, но может быть и гипертензия. При 3-4 степенях контузий развивается вторичный иммунодефицит.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:** боль в глазу, снижение зрения, субконъюнктивальное кровоизлияние, кровоизлияние в область глазного яблока, наличие раны склеры

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Биомикроскопия с помощью щелевой лампы
2. Офтальмоскопия
3. УЗИ глаза
4. Рентгенография
5. Периметрия
6. Тонометрия
7. Слезных путей промывание
8. Общий анализ мочи

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Электрофосфен
2. Электроретинография
3. Скиаскопия
4. Инфракрасное сканирование сетчатки
5. Регистрация вызванных потенциалов
6. Компьютерная томография сетчатки
7. Гониоскопия
8. Исследование критической частоты слияния мельканий

**Тактика лечения:**

Проведение противовоспалительной, антибактериальной, гемостатической терапии: хлорамфеникол 0,25% по 2 к х 6 раз в день 12 дней, р-р дексаметазона 0,1% по 2 к х 6 раз в день 12 дней; п/бульбарные инъекции -р-р дексаметазона 0,5 с этамзилатом 0,5 - 7 дней; в/м этамзилат 1,5 мл, 7 дн.; внутрь индометацин 0,01 т х 3 раза в день, 12 дней, при наличии раны – противостолбнячная сыворотка.

При наличии разрыва глазного яблока - хирургическое устранение разрыва.

Обезболивание как местное, так и общее.

Показания к операции:

Наличие разрыва глазного яблока, вывих хрусталика с гипертензией, отрыв цилиарного тела, рана век, наличие выраженного отека сетчатки, некупируемого медикаментозно, наличие массивного кровоизлияния в стекловидном теле

Операция: Другие виды коррекции повреждений глазного яблока и глазницы

Другие типы операций

16.82 Устранение разрыва глазного яблока

08.81 Линейное устранение разрыва века или брови

08.82 Устранение разрыва века с вовлечением края не на всю толщину

08.83 Другие виды устранения разрыва века не на всю толщину

08.84 Устранение разрыва века с вовлечением края на всю толщину

14.74 Другие виды механической витрэктомии

14.90 Другие манипуляции на сетчатке, сосудистой оболочке глаза и задней камере

13.19 Другие виды внутрикапсульной экстракции хрусталика

13.71 Постановка внутриглазного искусственного хрусталика в момент экстракции катаракты одновременно

14.71 Удаление стекловидного тела, передний доступ

12.98 Прочие манипуляции на ресничном теле

14.87 Декомпрессия супрахориоидального пространства с реваскуляризацией хориоидеи

14.72 Прочие виды удаления стекловидного тела (ретинорексис)

14.75 Введение заменителя стекловидного тела

Противовоспалительная, антибактериальная, гемостатическая, дезинтоксикационная терапия (маннитол-внутривенно – 3 дня); рассасывающая терапия для профилактики п/операционных осложнений: п/бульбарные инъекции - р-р дексаметазона 0,5 с этамзилатом 0,5 - 7 дней, гентамицин п/б в/м до 7 дней; внутрь диклофенак 1 т x 3 раза в день, 12 дней; глюкоза с аскорбиновой кислотой – 10 дней, витамины группы В, фуросемид по схеме – 3 дня, глазной гель (депротеинизированный дериват из телячьей крови) парабульбарно, внутримышечно, церебролизин п/б и в/м, пентоксифиллин в/м либо внутривенно – 5,0, по показаниям: милдронат парабульбарно, внутримышечно, либо по 1 тб 3 раза в день, винпоцетин 5мг по 1 тб 3 раза в день.

Для купирования реактивного синдрома в/м преднизолон по схеме, метронидазол в/в 3-5 дней.

При люксации хрусталика удаление люксированного хрусталика, имплантация искусственного хрусталика модель сулькусная Cristal и др. (с ис-

пользованием вискоэластиков).

При тотальном гемофтальме закрытая субтотальная витрэктомия с использованием набора витреотома, по показаниям - набора для инъекций вязких жидкостей, перфлюорона, силикона.

При выраженном отеке сетчатки операция дренирования супрахориоидального пространства с реваскуляризацией хориоидеи.

При благоприятном течении - лечение 10 дней, при неблагоприятном течении - лечение до 16 дней.

При необходимости дооперационного медикаментозного лечения время до операции может удлиниться.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Дексаметазон раствор (глазные капли) 0,1% 10 мл
2. Этамзилат раствор для инъекций 125 мг, 250 мг/2 мл, амп
3. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
4. Диклофенак натрия 25 мг, 100 мг, 150 мг табл
5. Декстроза глазные капли
6. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
7. \*Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
8. \*Цианкобаламин раствор для инъекций в ампуле 1 мл (500 мкг)
9. \*Фуросемид раствор для инъекций 20 мг/2мл в ампуле
10. Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи раствор для инъекций 5, 10 и 20 мл
11. \*Винпоцетин 5 мг, 10 мг табл
12. \*Преднизолон раствор для инъекций 30 мг/мл
13. \*Метронидазол раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** заживление операционной раны, повышение остроты зрения, нормализация офтальмотонуса

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

3. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Eye Injuries. 2005
4. DUODEMECUM Medical Publications. Eye Injuries. 2001

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (без мультирезистентности МБТ)

**Код протокола:** 18-149а

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** прекращение бактериовыделения, исчезновение симптомов интоксикации и устранение осложнений.

**Длительность лечения (дней):** 120

**Коды МКБ:**

A15.0 Туберкулез легких, подтвержденный бактериоскопически с наличием или отсутствием роста культуры

A15 Туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически

**Определение:** Туберкулез – инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза и характеризующееся развитием клеточной аллергии, специфических гранулем в различных органах и тканях, полиморфной клинической картиной.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких является завершающим этапом в прогрессирующем течении деструктивного туберкулезного процесса и характеризуется наличием фиброзной каверны, развитием фиброзных изменений в окружающей каверну легочной ткани. Стенка фиброзной каверны представляет собой очень сложное образование: внутренний слой-это казеоз, неотторгшиеся казеозные массы, далее располагается довольно широкий слой специфической грануляционной ткани, следующий слой – неспецифическая грануляционная ткань с наличием фиброзных изменений. Каверна имеет мощную фиброзную капсулу, вокруг которой часто отмечается перифокальное воспаление. Такая фиброзная каверна всегда сообщается с бронхиальным деревом и обычно имеются несколько дренирующих каверну бронхов, что создает условия для бронхогенного обсеменения легочной ткани как вокруг каверны, так и в противоположном легком. Развиваются и другие морфологические изменения в легких: пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктазы. Формируется фиброзно-кавернозный туберкулез из инфильтративной, кавернозной или диссеминированной форм туберкулеза при их прогрессирующем течении. Протяженность изменений в легких может быть различной, процесс бывает односторонним и двусторонним с наличием одной или множественных каверн. Фиброзно-кавернозный туберкулез и его осложнения являются основной причиной смерти больных туберкулезом легких.

### **Классификация:**

Различают 3 клинических варианта течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

- 1) ограниченный и относительно стабильный фиброзно-кавернозный туберкулез-это фиброзно-кавернозный туберкулез с ограниченным поражением и стабильным течением болезни, редкими вспышками
- 2) прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез
- 3) фиброзно-кавернозный туберкулез с наличием различных осложнений (кровохарканье и легочное кровотечение, легочно-сердечная недостаточность, легочное сердце, спонтанный пневмоторакс, эмпиема плевры, туберкулез бронхов и гортани, амилоидоз внутренних органов).

### **Факторы риска:**

К социальным факторам риска развития туберкулеза относятся бедность, перенаселенность, бездомность, пребывание в местах лишения свободы и недостаточность санитарно-просветительной работы по туберкулезу среди населения, а к медицинским факторам риска – наличие ВИЧ-инфекции, сахарный диабет, алкоголизм, наркомания, ранее проведенные курсы неадекватной, прерывистой химиотерапии и любое снижение иммунитета.

**Поступление:** плановое

### **Показания к госпитализации:**

Наличие симптомов интоксикации, бактериовыделение, рентгенологическая картина активности туберкулеза в легких и наличие осложнений.

### **Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

ОАК, ОАМ, микроскопия мазка на микобактерий туберкулеза, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.

### **Критерии диагностики:**

*Анамнез:*

Контакт с больными туберкулезом, перенесенный туберкулез, остаточные туберкулезные изменения в легких, психические и физические травмы, гиперинсоляция (загар), применение медицинских банок, лечение стероидными гормонами и иммунодепрессантами.

*Клиническая картина* фиброзно-кавернозного туберкулеза легких зависит от длительности заболевания. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких чаще развивается на фоне недостаточно успешного лечения других форм туберкулеза.

Для больных с впервые выявленным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких характерны жалобы на общую слабость, недомогание, снижение аппетита, похудание, кашель; а при распространенной и осложненной

форме болезни - на лихорадку гектического типа, ночные поты, одышку. У длительно болеющих фиброзно-кавернозным туберкулезом отмечаются симптомы хронической интоксикации, легочно-сердечной недостаточности, одышка, кашель с небольшим количеством мокроты ( до 50-100 мл в сутки), иногда с примесью крови.

*Объективные данные:*

Истощение, бледность кожных покровов, на стороне поражения выявляют западение межреберных промежутков, над- и подключичных ямок, опущение плеча, ограничение в подвижности половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука над пораженным легким, дыхание бронхиальное, ослабленное, в области локализации каверны выслушиваются влажные хрипы различного калибра в зависимости от диаметра дренирующих бронхов.

Туберкулиновая чувствительность: нормергическая или слабopоложительная.

*Лабораторные и инструментальные:*

- выявления микобактерий туберкулеза методами микроскопии мазка и посевом мокроты
- ОАК: увеличение СОЭ до 30-50 мм/час при незначительном лейкоцитозе или его отсутствии, лимфопения, моноцитоз, умеренный нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анемия при рецидивирующем кровотечении.
- ОАМ: небольшая протеинурия, единичные лейкоциты и эритроциты
- рентгеномографические: рентгенологическая картина отличается многообразием и зависит от исходной формы туберкулеза, давности заболевания, распространенности поражения и его особенностей. Определяются одна или несколько кольцевидных теней с четким внутренним контуром, наружный контур на фоне уплотненной легочной ткани менее четкий, иногда в просвете каверны определяется секвестр или уровень жидкости, фиброзное уменьшение пораженных отделов легкого, полиморфные очаги бронхогенного обсеменения, плевральные наслоения, смещение органов средостения в сторону поражения, сужение межреберных промежутков, высокое стояние диафрагмы.
- бронхологическое исследование: наличие специфического бронхита, чаще дренирующего бронха, рубцовый стеноз и деформация бронхов, неспецифический эндобронхит, наличие бронходулярных фистул, иногда специфическое поражение гортани.

### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)

2. Общий анализ мочи
3. Определение группы крови и резус-фактора
4. Определение билирубина
5. Тимоловой пробы
6. Определение АЛТ
7. Определение АСТ
8. Определение мочевины
9. Определение креатинина
10. Определение остаточного азота
11. Определение уровня сахара и общего белка
12. Микроскопия и посев мокроты на МБТ с постановкой ТЛЧ
13. Микрореакция
14. ВИЧ
15. HbsAg
16. Коагуллограмма
17. ЭКГ
18. ФВД
19. Рентгено-томографическое исследование
20. Фибробронхоскопия
21. УЗИ органов брюшной полости

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:**

Диета №11

Медикаментозное лечение: в зависимости от давности заболевания больным с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких без мультирезистентности назначаются лечение в режимах 1- и 2-категории ДОТС. В стационаре проводится интенсивная фаза химиотерапии.

Впервые выявленным больным с фиброзно-кавернозным туберкулезом назначается лечение по 1-категории ДОТС: в интенсивной фазе назначают 4 противотуберкулезных препаратов основного ряда с учетом веса больного: изониазид 0,3, рифампицин 0,45-0,6, пипразинамид 1,5-2,0 и стрептомицин 0,5-1,0 или этамбутол 0,8-1,2 в течение 2-4 месяцев в зависимости от сроков прекращения бактериовыделения.

При фиброзно-кавернозном туберкулезе у больных с рецидивами заболевания, при неудачах предыдущих курсов химиотерапии, перерывах лечения и у хронических больных, ранее неполучавших полного курса химиотерапии назначается лечение по 2- категории ДОТС, *т. е. в интенсивной фазе* назначаются 5 основных препаратов с учетом веса больного: изониазид 0,3, рифампицин 0,45-0,6, пипразинамид 1,5-2,0, этамбутол 0,8-1,2

и стрептомицин 0,5-0,75 в течение 3-5 месяцев до получения стойкой конверсии мазка мокроты. Наряду с химиотерапией назначаются витаминно-, дезинтоксикационная, гепатропная, антиоксидантная и симптоматическая терапии.

Коллапсотерапия – введение воздуха в грудную (искусственный пневмоторакс, ИП) или брюшную (искусственный пневмоперитонеум) полости.

Показания к коллапсотерапии:

1. ограниченные деструктивные формы легочного туберкулеза, если после 2-3 месяцев химиотерапии нет закрытия каверн или убедительной положительной динамики
2. по экстренным показаниям введение воздуха в грудную или брюшную полость проводят при легочном кровотечении. Коллапсотерапия противопоказана при специфическом поражении бронхов, при прогрессирующем течении фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Изониазид+Рифампицин+Пиразинамид таблетка 60 мг+30 мг+150 мг; 150 мг+ 75 мг + 400 мг; 150 мг + 150 мг + 500 мг (для прерывистого курса три раза в неделю)
2. \*Стрептомицин порошок для приготовления инъекционного раствора 1 000 мг
3. \*Этамбутол таблетка 200 мг, 400 мг

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Пиридоксин таблетка 10 мг, 20 мг; раствор для инъекций 1%, 5% в ампуле 1 мл
2. \*Цианокобаламин раствор для инъекций в ампуле 1 мл (500 мкг)
3. \*Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
4. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
5. \*Декстроза р-р д/и 5% 10% фл 400мл, 500мл
6. \*Натрия хлорид, р-р д/и фл д/кровезам 200мл
7. \*Декстран раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл
8. \*Альбумин раствор для инфузий во флаконе 5%, 10%, 20%
9. Этамзилат 250мг, амп
10. \*Аминкапроновая кислота, 5% р-р-100 мл
11. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг
12. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
13. \*Флуконазол 50 мг, 150 мг капсулы; раствор во флаконе для в/в введения 100 мл

14. \*Нистатин, 500 000 ЕД, табл
15. \*Интраканозол раствор для приема внутрь 10 мг/мл, 100 мг капс
16. \*Адеметионин 400 мг, табл порошок лиофилизированный для приготовления инъекционного раствора 400 мг
17. \*Урсодезоксихолевая кислота таблетка 250 мг
18. \*Селимарин, капс
19. \*Гидрокортизона ацетат, амп
20. \*Преднизолон, табл 5мг
21. \*Преднизолон, р-р для инъекции 30мг/мл
22. \*Кальция глюконат 10%-р-р-10 мл
23. \*Кальция хлорид, 10% фл 200мл
24. \*Хлоропирамин 25мг, табл
25. \*Атенолол 50 мг, 100 мг, табл
26. \*Эналаприл 2,5 мг, 10мг, табл
27. \*Ацетилсалициловая кислота, табл 500мг
28. \*Парацетамол 200 мг, 500мг, табл
29. \*Диклофенак-натрия 25 мг, 100 мг, 150 мг табл, раствор для инъекций 75 мг/3 мл.

**Критерии перевода на следующий этап:** прекращение бактериовыделения, клинико-рентгенологические признаки стабилизации заболевания; при неэффективности лечения перевод на индивидуальное лечение.

***Литература, использованная при подготовке протокола:***

1. Tuberculosis. Clinical evidence.2004.
2. Antituberculous medication in ambulatory care. EBM guidelines. 2005.
3. Practice guidelines. ATS, CDC and IDSA Update recommendations on the treatment of tuberculosis.2003.
4. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3- 2004.
5. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 2-2004.
6. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. М.2004.
7. Хоменко А.Г. Туберкулез. М-1996., с.256-263.
8. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. Фтизиатрия. М-2004., с.282-30.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Флегмона подкожной клетчатки у детей

**Код протокола:** 09-1016

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** оперативное лечение и санация гнойных очагов, восстановление исходного состояния кожных покровов, предотвращение рецидивов.

**Длительность лечения (дней):** 14

**Коды МКБ:** L03 Флегмона

**Определение:** Флегмоной подкожной клетчатки называется разлитое гнойное воспаление её с переходом в некроз или абсцедирование, она имеет стремление к распространению по рыхлым клетчаточным пространствам во всех направлениях. Тяжесть заболевания зависит от возраста ребенка, возбудителя заболевания и его вирулентности. В зависимости от локализации процесса различают -подкожные, субфасциальные, внутримышечные, забрюшинные, медиастинальные флегмоны. Клиническая картина характеризуется быстрым появлением процесса и его распространением: отек, боль, гиперемия, нарушение функции пораженной части тела, локальная гипертермия. На ранних стадиях – плотный инфильтрат, в запущенных случаях – определяется флюктуация. При прогрессирующей флегмоне прогноз неблагоприятный.

**Классификация:**

- *простая форма* некротической флегмоны (39-45%),

- *токсико-септическая форма* некротической флегмоны (55-61 %)

Формы: ограниченная и прогрессирующая

**Факторы риска:** наличие повреждений кожного покрова с признаками инфицирования, другие гнойно-воспалительные процессы.

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:** Заболевание начинается остро с повышения температуры до 38-40°C. Быстро нарастают явления интоксикации; беспокойство ребенка сменяется вялостью, он отказывается от еды. Кожные покровы приобретают серую окраску, появляется мраморный рисунок. Характерны частое поверхностное дыхание, тахикардия, глухие тоны сердца, увеличение лейкоцитоза крови. Уже в первые часы заболевания на коже обнаруживается ограниченный участок гиперемии и уплотнения, болезненный при пальпации. Кожа над очагом поражения горячая на ощупь, не собирается в складки. Через 8-12 ч пораженный участок увеличивается в 2-3 раза, кожа над ним приобретает цианотичный оттенок,

появляется отек окружающих тканей. Постепенно в центре очага инфильтрации появляется размягчение. В некоторых случаях наступает некроз кожи, ее отторжение с образованием обширных раневых дефектов. Дно раны серого цвета с остатками омертвевшей клетчатки, края подрывные, неровные, грануляции отсутствуют. Такой вид раны заставляет думать о неблагоприятном прогнозе. При благоприятном течении после отторжения омертвевшей кожи образуются раны небольших размеров (3-6 см в диаметре), которые постепенно выполняются грануляциями, постепенно эпителизирующимися по краям. В дальнейшем на месте раневого дефекта часто образуются грубые рубцы, вызывающие деформацию грудной клетки, поясничный лордоз и кифоз, прогрессирующие с ростом ребенка.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение флоры и её чувствительность к антибиотикам.
4. Определение группы крови и резус фактора
5. Определение дифениловой пробы, тимоловой, глюкозы
6. Определение АЛТ
7. ЭКГ
8. Рентгенография лёгких
9. Идентификация возбудителя сальмонеллы
10. Исследование кала на яйца глист
11. 3-х кратный соскоб
12. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет**

**Тактика лечения:** Под общим обезболиванием производят множественные разрезы кожи в шахматном порядке над очагом поражения и по границе со здоровой кожей. Длина разреза 1-1,5 см, в глубину они должны проникать до подкожной жировой клетчатки. Затем накладывают повязку с гипертоническим раствором хлорида натрия или антисептиком (фурацилин, диоксидин, хлоргексидинтиоглюконат, перманганат калия) на 2-3 ч. При последующих перевязках следят за распространением процесса, в случае необходимости производят дополнительные разрезы. При некрозе кожи и появлении демаркационной линии производят некрэктомию. После очищения раны от некротических масс и гноя используют мазевые повязки. На протяжении всего лечения применяют физиотерапевтические процедуры (УФО, УВЧ и др.), а также стимулируют рост и эпителизацию грануляций путем применения консервированной плаценты, фибриновой пленки, обработки раны ультразвуком, лучами лазера.

Параллельно местной проводят интенсивную терапию, в комплекс которой должны входить дезинтоксикационные, антибактериальные и иммуностимулирующие мероприятия. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг\кг\день в течение 10 дней.

Прогноз при флегмоне новорожденных всегда серьезен. Чем раньше поставлен диагноз и начаты лечебные мероприятия, тем больше вероятность благоприятного исхода заболевания. Летальность по разным данным - 15-30%.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
2. \*Тримепиридина гидрохлорид раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл
3. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1000 мг во флаконе
4. \*Лидокаина гидрохлорид раствор для инъекций 10% 2 мл
5. \*Прокаин 0,25 мг табл
6. \*Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
7. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.
8. \*Флуконазол капсула 50 мг, 150 мг; раствор во флаконе для в/в введения 100 мл
9. \*Повидон-йод раствор 1% во флаконе
10. \*Глюкоза раствор для инфузий 5%, 10% во флаконе 400 мл, 500 мл; раствор 40% в ампуле 5 мл, 10 мл
11. \*Сыворотка противогангренозная раствор для инъекций, амп
12. \*Противостолбнячная сыворотка раствор для инъекций 2 мл, 3 мл, 5 мл, амп
13. \*Анатоксин дифтерийно-столбнячный раствор для инъекций, амп 1 мл
14. \*Имуноглобулин противостафилакокковый раствор водный 3 мл в ампуле
15. \*Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
16. \*Пиридоксин таблетка 10 мг, 20 мг; раствор для инъекций 1%, 5% в ампуле 1 мл
17. \*Цианокобаламин раствор для инъекций в ампуле 1 мл (500 мкг)
18. \*Хлоропирамин таблетка 25 мг; раствор для инъекций 20 мг/мл в ампуле
19. \*Перекись водорода раствор 3% во флаконе 25 мл, 40 мл
20. \*Магния сульфат раствор для инъекций 25% в ампуле 20 мл

21. \*Нитрофурал 20 мг табл
22. \*Диазепам 2 мг, 5 мг табл
23. \*Препараты, получаемые из крови, плазмозамещающие средства и средства для парентерального питания
24. \*Натрия хлорид, р-р д/и фл д/кровезам 200мл
25. \*Перманганат калия водный раствор 1:10 000

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** восстановление исходного состояния кожных покровов, предотвращение рецидивов.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Баиров Г.А. « Неотложная хирургия новорожденных»
2. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. « Гнойная хирургия детей»
3. Димитров С.Т., Баев Б., Тошев Ю., Аврамов А. « Детская хирургия»
4. Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я. « Детская хирургия»

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит с холецистэктомией**

**Код протокола:** 07-067a

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** оперативное удаление желчного пузыря

**Длительность лечения (дней):** 10

**Коды МКБ:**

K80.2 Камни желчного пузыря без холецистита

K80 Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)

K81 Холецистит

**Определение:** Холецистит – воспалительное заболевание, вызывающее поражение стенки желчного пузыря, образование в нем камней и моторно-тонические нарушения билиарной системы.

**Классификация:** Холецистит часто классифицируется, если это возможно, с учетом этиологии (инфекция, паразитарные инвазии). Хронический простой, осложненный холелитиазом, осложненный свищом.

**Факторы риска:** цирроз печени, инфекционные заболевания желчевыводящих путей, наследственные заболевания крови (серповидно-клеточная анемия), пожилой возраст, беременные женщины, ожирение, лекарствен-

ные средства снижающие уровень холестерина в крови фактически повышают уровень холестерина в желчи, быстрая потеря веса, застой желчи, заместительная гормональная терапия в постменопаузе, женщины принимающие противозачаточные таблетки.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:** камни желчного пузыря, частые приступы

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Билирубин и его фракции
4. Определение АСТ
5. Определение АЛТ
6. Определение щелочной фосфатазы
7. Определение общего белка и белковых фракций
8. Определение С-реактивного белка
9. Определение холестерина крови
10. Определение амилазы крови
11. Определение сахара крови
12. Определение группы крови
13. Определение Rh-фактора
14. Копрограмма
15. ЭКГ

**Критерии диагностики:** постоянная боль в эпигастрии с иррадиацией в правое плечо и между лопатками, которая усиливается и длится от 30 минут до нескольких часов; тошнота и рвота, отрыжка, метеоризм, отвращение к жирной пище, желтоватый оттенок кожи и белков глаз, субфебрильная температура.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение глюкозы
4. Определение времени свертываемости капиллярной крови
5. Определение группы крови и резусфактора
6. ЭКГ
7. Гистологическое исследование ткани
8. Флюорография
9. Микрореакция
10. ВИЧ

11. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ
12. Определение билирубина
13. УЗИ органов брюшной полости
14. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы
15. Дуоденальное зондирование (ЭХДЗ или другие варианты)
16. Эзофагогастродуоденоскопия
17. Компьютерная томография
18. Магниторезонансная холангиография
19. Холесцинтиграфия
20. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
21. Бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого
22. Консультация хирурга

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:** Холецистэктомия, интраоперационно дренирование по Пиновскому и в послеоперационном периоде ЭРХПГ ПСТ Антибактериальная терапия для профилактики постоперационных гнойных осложнений. Перевязки. При выявлении конкрементов в желчном пузыре проводится оперативное вмешательство с целью профилактики возможных осложнений. После подготовки больного операция начинается с лапароскопии. Если гепатодуоденальная зона интактна, операция проводится лапароскопически.

Показания к проведению холецистэктомии с использованием лапароскопической техники:

- Хронический калькулезный холецистит;
- Полипы и холестероз желчного пузыря;
- Острый холецистит (в первые 2-3 сут от начала заболевания);
- Хронический бескаменный холецистит;
- Бессимптомный холецистолитиаз (крупные и мелкие конкременты).

Если общий желчный проток увеличен или в нем имеются конкременты, осуществляется лапаротомия и классическая холецистэктомия. В послеоперационном периоде осуществляется антибактериальная и симптоматическая терапия.

Операция в экстренном порядке показана при явлениях перитонита, при напряженном увеличенном желчном пузыре.

Ранняя холецистэктомия по сравнению с отсроченной не имеет существенного различия в отношении осложнений, но при ранней холецистэктомии уменьшается пребывание в больнице на 6-8 дней.

Варианты антибактериального лечения с использованием одного из них

1. Ципрофлоксацин внутрь по 500-750 мг 2 раза в день в течение 10 дней.
2. Доксциклин внутрь или в/в капельно. В 1-й день назначают 200 мг/сут, в последующие дни по 100-200мг в сутки в зависимости от тяжести заболевания.  
Продолжительность приема препарата до 2-х недель.
3. Эритромицин внутрь. Первая доза - 400-600 мг, затем 200-400 мг каждые 6 часов. Курс лечения в зависимости от тяжести инфекции 7-14 дней. Препарат принимают за 1 час до еды или через 2-3 часа после еды.
4. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор 400 мг\сут течение 10 дней.
5. Противовоспалительные препараты по 480-960 мг 2 раза в сутки с интервалом 12 часов. Курс лечения 10 дней.
6. Цефалоспорины для приема внутрь, например, цефуроксим по 250-500 мг 2 раза в сутки после еды. Курс лечения 10-14 дней.

*Симптоматическая лекарственная терапия* (используется по показаниям)

1. Цизаприд или домперидон 10 мг 3-4 раза в день или дебридат 100-200 мг 3-4 раза в день, или метеоспазмил по 1 капс. 3 раза в день.  
Продолжительность курса — не менее 2-х недель.
2. Хофитол по 2-3 табл. 3 раза в день перед едой или аллохол по 2 табл. 3-4 раза в день после еды или другие препараты, усиливающие холерез и холекинез.  
Продолжительность курса не менее 3-4 недель.
3. Полиферментный препарат, принимаемый в течение 3-х недель перед едой по 1-2 дозы в течение 2-3 недель.  
Возможна коррекция терапии в зависимости от клинического эффекта и результатов исследования дуоденального содержимого.
4. Антацидный препарат, принимаемый по одной дозе спустя 1,5-2 часа после еды.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Тримепиридина гидрохлорид раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл
2. \*Цефуроксим 250 мг, 500 мг табл
3. \*Натрия хлорид 0,9% - 400мл
4. \*Глюкоза раствор для инфузий 5%, 10% во флаконе 400 мл, 500 мл; раствор 40% в ампуле 5 мл, 10 мл

5. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.
6. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
7. Поливидон 400мл, фл
8. \*Аминокапроновая кислота 5% - 100мл, фл
9. \*Метронидазол р-р 5мг/мл 100мл
10. \*Декстран мол.масса около 35000-400мл
11. \*Дротаверин раствор для инъекций 40 мг/2мл
12. \*Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
13. \*Пиридоксин 10 мг, 20 мг табл; раствор для инъекций 1%, 5% в ампуле 1 мл
14. \*Рибофлавин 10 мг табл
15. \*Аскорбиновая кислота таблетка 50 мг, 100 мг, 500 мг; раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
16. \*Токоферола ацетат масляный раствор в ампулах по 1 мл 5%, 10%, 30% масляный раствор 50% в капсулах
17. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Плазма свежемороженая 0,1 л
2. \*Альбумин раствор для инфузий во флаконе 5%, 10%, 20%

**Критерии перевода на следующий этап:** заживление операционной раны, отсутствие болей

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Gallstones. NIH Publication No. 05–2897. November 2004;
2. American college of surgeons. Cholecystectomy. Surgical removal of the gallbladder;
3. Parmet S., Writer M.C., Lynn C. Acute Cholecystitis. JAMA, vol 289, No.1, January 1, 2003.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Хронические гнойные средние отиты

**Код протокола:** 03-028a

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** предупреждение внутричерепных осложнений

**Длительность лечения (дней):** 26

**Коды МКБ:**

H66 Гнойный и неуточненный средний отит

H71 Холестеатома среднего уха

**Определение:** **Хронический средний гнойный отит (ХСГО)** представляет собой длительное воспаление в барабанной полости или сосцевидной пещере (мастоидит), характеризующееся постоянным или периодическим гноетечением из уха на протяжении 2-6 недель через перфорированную барабанную перепонку. При хроническом течении наблюдается истончение и зернистость слизистой оболочки барабанной полости, полипы, холестеатома. Холестеатома – опухолевидное образование, возникающее вследствие развития остеолитического деструктивного процесса элементов среднего уха. При холестеатоме ороговевающий эпителий наружного слухового прохода и барабанной перепонки переходит в полость среднего уха и на ячейки сосцевидной кости, что приводит к развитию остеолитического опухолеподобного процесса.

**Факторы риска:** обструкция евстахиевой трубы вследствие инфекции верхних дыхательных путей, опухоли носоглотки, баротравма.

**Поступление:** плановое

**Критерии диагностики:** при хроническом среднем отите – отделяемое желтоватого или зеленоватого цвета, вытекающее через перфорационное отверстие в барабанной перепонке, через просвет отверстия в барабанной перепонке можно видеть влажную, блестящую, гиперемированную медиальную стенку среднего уха; при холестеатоме – перфорация шрапнелевой мембраны, краевая перфорация натянутой части барабанной перепонки, в барабанной полости ороговевающие эпидермальные образования.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Рентгенография пирамиды височной кости
2. Отоскопия
3. Вестибулометрия
4. Исследование органа слуха с помощью камертона
5. ОАК (лейкоцитарная формула, СОЭ)

6. Тональная аудиометрия
7. Речевая аудиометрия
8. Объективная аудиометрия

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:** нет

**Тактика лечения:** Если процесс локализован в шрапнеллевой мембране рекомендуется использовать 3% раствор борной кислоты или спиртовой раствор левомицетина. При обширном поражении слизистой оболочки полости среднего уха не следует использовать спиртовые растворы с концентрацией выше 50 %. Ушные капли с антибиотиками.

Антибактериальная терапия: амоксициллин 1500 мг в сутки, амоксициллин+клавулановая кислота 1875 мг в сутки, азитромицин 500 мг в сутки, цефтриаксон 1000 мг в сутки, цефуроксим 500 мг в сутки. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор 400 мг\сут течение 21 дня.

НПВС – ибупрофен 1200 мг в сутки, диклофенак 100 мг в сутки

Радикальная операция на среднем ухе по показаниям.

Показания к операции: Наличие эпитимпанита, осложненного холестеатомой, кариесом, полипами, внутричерепными осложнениями, мастоидитом, лабиринтитом, парезом n. facialis

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Диазепам раствор для инъекций в ампуле 10 мг/2 мл; таблетка 5 мг, 10 мг
2. \*Амоксициллин+клавулановая кислота таблетка 625 мг; раствор для инъекций 600 мг во флаконе
3. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг
4. \*Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
5. \*Пиридоксин таблетка 10 мг, 20 мг; раствор для инъекций 1%, 5% в ампуле 1 мл
6. \*Неостигмин раствор для инъекций 0,05% в ампуле 1 мл; таблетка 15 мг
7. \*Борная кислота раствор спиртовой 3% 10-50 мл порошок
8. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.
9. \*Флуконазол капсула 50 мг, 150 мг; раствор во флаконе для в/в введения 100 мл
10. \*Прокаин 0,25 г табл
11. \*Нитрофурал 20 мг табл.
12. \*Этанол раствор 70% (денатурированный)
13. \*Перекись водорода раствор 3% во флаконе 25 мл, 40 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

Наличие общей полости после радикальной операции в стадии полной эпидермизации. При мускулопластике послеоперационной полости -приживление мышечного лоскута.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Otitis media with effusion. Ian Williamson. Search date March 2004. BMJ;
2. Kasemsuwan L, Clongsuesuck P. A double blind, prospective trial of topical ciprofloxacin versus normal saline solution in the treatment of otorrhoea. Clin Otolaryngol 1997; 22: 44-46;
3. Fradis M, Brodsky A, Ben David J, Srugo I, Larboni J, Podoshin L. Chronic otitis media treated topically with ciprofloxacin or tobramycin. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 123: 1057-1060.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Чрезмышцелковый перелом плеча со смещением**

**Код протокола:** 21-171п

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** своевременная диагностика чрезмышцелкового перелома плеча, определение терапевтической тактики (консервативная, оперативная), профилактика возможных осложнений, проведение реабилитационных мероприятий, восстановление функции конечности.

**Длительность лечения (дней):** 9

**Коды МКБ:** S42.4 Перелом нижнего конца плечевой кости

**Определение:** **Чрезмышцелковый перелом плеча** – нарушение целостности костной ткани мыщелка плечевой кости в результате травмы или патологического процесса.

**Классификация:**

7. Открытый (инфицированный перелом);
8. Закрытый перелом.

Классификация АО:

- А – внесуставной перелом;
- В – неполный внутрисуставной перелом;
- С – полный внутрисуставной перелом;

Каждый пункт имеет разделение по характеру перелома (например: А<sub>1</sub> – перелом латерального надмыщелка, или С<sub>3</sub> – полный внутрисуставной оскольчатый метафизарный сложный перелом плечевой кости).

**Факторы риска:** детренированность, неосторожные движения, пожилой возраст

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:**

1. Болевой синдром в травмированной конечности;
2. Ограничение или отсутствие движений в локтевом суставе;
3. Изменения мягких тканей над участком перелома (отек, гематома, деформация и др.);
4. Крепитация костных обломков при пальпации предполагаемого травмированного участка плеча;
5. Рентгенологические признаки перелома диафиза плеча со смещением;

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

- Клиническое обследование пациента (см. критерии диагностики);
- Рентгенологическое обследование травмированного сегмента в 2 проекциях;

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Электрокардиография
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Коагулограмма
5. Биохимия
6. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

При сопутствующей патологии – соответствующее обследование по рекомендации специалиста.

**Тактика лечения:**

Любой метод лечения проводится с применением адекватного обезболивания. Анальгетические и нестероидные противовоспалительные препараты используются в течение 2 недель.

Консервативное лечение:

1. Переломы без смещения подлежат консервативному лечению с наложением гипсовой лонгеты сроком на 3-6 недели;
2. Рентгенографический контроль после репозиции и через неделю после репозиции.

Перед проведением оперативного лечения при открытых переломах обязательно введение противостолбнячного анатоксина.

Оперативное лечение: показано при чрезмышечковых переломах со смещением (металлоостеосинтез плечевой кости с помощью Y-образной пластины, спицами Киршнера, болтом-стяжкой и др.). Основной целью является стабилизация перелома и обеспечение движений в локтевом суставе уже

на начальных стадиях. Раннее возобновление движений следует предусматривать у пожилых пациентов, несмотря на наличие тяжелых оскольчатых переломов остеопоротической кости. Иногда в таких случаях показано первичное эндопротезирование сустава. Контроль консолидации перелома проводится рентгенологическим методом через 21 день после репозиции, затем ежемесячно.

Результаты многоцентровых исследований установили, что при использовании антибиотикопрофилактики у пациентов с открытыми переломами значительно уменьшает риск развития гнойно-воспалительных осложнений. Пациентов можно разделить на 3 группы риска:

16. Открытый перелом с повреждением кожи и мягких тканей длиной менее 1 см., рана чистая.
17. Открытый перелом с повреждением кожи длиной более 1 см при отсутствии выраженных повреждений подлежащих тканей или значительных смещений.
18. Любые сегментарные переломы, открытые переломы с выраженным повреждением подлежащих тканей или травматической ампутацией.

Пациентам 1-2 групп риска необходимо преоперационной дозы антибиотиков (как можно раньше после травмы), в основном с действием на грамположительные микроорганизмы. Для пациентов группы риска 3 дополнительно назначают антибиотики, действующие на грам-отрицательные микроорганизмы.

Схемы антибиотикопрофилактики:

9. Пациентам 1-2 групп риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0;
10. Пациентам 3 группы риска – цефалоспорины 3-4 поколения в\м 1,0-2,0 через 12 часов (2 раза в сутки) 7 дней + метронидазол 100 мл в/в через 8 часов (3 раза в сутки) 3-5 дней.

**Перечень основных медикаментов:**

15. \*Метронидазол таблетка 250 мг раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
16. \*Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
17. \*Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

- Правильная репозиция перелома по данным рентгенологического исследования через 1,2,5 неделю;
- Стабильность перелома в течение 2 месяцев;

- Возможность пассивного отведения и покачивания конечности через 2-3 недели после репозиции;
- Возможность активных движений через 6 недель после репозиции;
- Восстановление функции конечности;
- Отсутствие осложнений после лечения.

***Литература, использованная при подготовке протокола:***

19. Work Loss Data Institute. Shoulder.- 2005.- 137 p.
20. Доказательная медицина. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для практикующих врачей.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.523-524
21. National Guideline Clearinghouse. Practice Management for Prophylactic Antibiotic Use in Open Fracture: Eastern Association for the Surgery of Trauma.- 2000.- p.28
22. Хирургия. Руководство для врачей и студентов.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.576-577
23. National Guideline Clearinghouse. Preoperative Test: the Use of Routine Preoperative Tests for Elective Surgery: Evidence, Methods&Guidance. London.-NICE.- 2003. 108p.
24. National Guideline Clearinghouse. Elbow. Work Loss Data Institute.- 2004.- p.110

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## **Язва желудка, осложненная кровотечением**

**Код протокола:** 06-0606

**Профиль:** хирургический

**Этап:** стационар с оперативным вмешательством

**Цель этапа:** остановка кровотечения и стойкая ремиссия

**Длительность лечения (дней):** 12

**Коды МКБ:**

K25 Язва желудка

K28 Гастроэюнальная язва

K28.0 Гастроэюнальная язва острая с кровотечением

K28.1 Гастроэюнальная язва острая с прободением

K28.2 Гастроэюнальная язва острая с кровотечением и прободением

K28.4 Гастроэюнальная язва хроническая или неуточненная с кровотечением

K28.5 Гастроэюнальная язва хроническая или неуточненная с прободением

K28.6 Гастроэюнальная язва хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

**Определение:** Термины «язва желудка», «язвенная болезнь желудка»,

«пептическая язвенная болезнь» применяют по отношению к группе заболеваний ЖКТ, характеризующихся образованием участков деструкции слизистой оболочки под действием соляной кислоты и пепсина; заболевание ЖКТ, характеризующееся образованием участков деструкции стенки желудка под действием различных факторов ( *H. Pylori* ).

**Классификация:** По локализации – кардиальная, субкардиальная, тела, передней и задней стенки, большой и малой кривизны. По форме – острая и хроническая.

### **Факторы риска:**

Генетические факторы, которые способствуют возникновению ЯБ:

- высокий уровень максимальной секреции соляной кислоты
- увеличения числа париетальных клеток и их повышенная чувствительность к гастрину
- дефицит ингибитора трипсина
- дефицит фукомукопротеидов
- повышенное содержание пепсиногена в сыворотке крови и мочи
- избыточная выработка гастрина в ответ на стимуляцию
- гастродуоденальная дисмоторика - продолжительная задержка пищи в желудке
- повышение образования пепсиногена
- недостаточность выработки секреторного Ig A и простагландинов
- серологические маркеры крови: снижают резистентность слизистой оболочки желудка группа крови 0(1), положительный резус-фактор.
- наследственные маркеры гистосовместимости для ЯБ ДПК — HLA B5;
- врожденный дефицит антитрипсина,
- отсутствие выделения с желудочным соком факторов системы ABO (риск ЯБ возрастает в 2,5 раза)

Реализуется наследственная склонность при неблагоприятных влияниях: психоэмоциональных стрессах, грубых погрешностях в питании, вредных привычках (курении, злоупотреблении алкоголем, избыточном употреблении кофе). Важную роль в реализации наследственной склонности к ЯБ отводят нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС).

**Поступление:** экстренное

**Критерии диагностики:** в анамнезе язва, бледность кожи и слизистых, сухой язык, частый и мягкий пульс, АД при незначительной кровопотере вначале повышено, затем нормальное. При значительной кровопотере пульс прогрессивно учащается, АД снижается. ЦВД снижается с самого начала. При ректальном исследовании – дегтеобразный стул.

### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение глюкозы
4. Определение времени
5. Свертываемости капиллярной крови
6. Определение группы крови и Резус фактора
7. Гистологическое исследование ткани
8. Микрореакция
9. Определение общего белка
10. Определение белковых фракций
11. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
12. Определение АЛТ
13. Определение АЛТ
14. Определение билирубина
15. Радионуклидное исследование (при продолжающемся кровотечении)
16. Эзофагогастродуоденоскопия
17. HBs Ag, anti - HCV ВИЧ

### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. УЗИ органов брюшной полости
2. ЭКГ
3. Гистологическое исследование ткани

### **Тактика лечения:**

Консервативная попытка остановки кровотечения, борьба с геморрагическим шоком.

Комплексная гемостатическая терапия:

- а) Инфузионная. е-Аминокaproновая кислота 5% - 200 мл, дицинон 250 мг, 2 мл в/в, хлорид или глюконат кальция 10% - 10 мл, фибриноген 1-2 г на 250 мл изотонического раствора хлорида натрия, гемофобин 3% - внутрь, викасол 1% - 3 мл в/м.
- б) Местная. Строгий постельный режим, холод на подложечную область, промывание желудка ледяной водой, желудочная гипотермия, введение в желудок по зонду адреналина или норадреналина 0,1% раствор – 4 мл вместе с 100-150 мл 5% е-аминокaproновой кислоты (или дают пить по 1 столовой ложке этой смеси каждые 15 мин).
- в) Лечебная эндоскопия. Обкалывание язвы 0,1% раствором адреналина или норадреналина, электрокоагуляция, прошивание сосуда металлической клипсой, лазерная коагуляция, аппликация медицинского клея МК № 6,7,8.

d) Эндovasкулярная эмболизация кровоточащего сосуда с помощью суперселективного введения искусственного эмбола через бедренную артерию.

Коррекция волевических нарушений:

- a) Восполнение ОЦК. Переливание крови и ее компонентов: 60-80% от дефицита ОЦК, плазма нативная, сухая замороженная – 200-800 мл, декстраны, альбумин, протеин, кристаллоиды.
- b) Стабилизация гемодинамики. Сердечные, сосудистые, дыхательные средства.
- c) Ликвидация метаболического ацидоза – гидрокарбонат натрия 4% - 200 мл.
- d) Восстановление микроциркуляции. Реополиглюкин 400 мл в/в, трентал 5,0-15,0 мл на 250 мл физиологического раствора.
- e) Противоязвенная терапия таблетированная при остановке кровотечения : пиллобакт.

Вопрос об остановке кровотечения решают на основании данных ФГДС или зондовой пробы: больному вводят желудочный зонд и желудок отмывают до чистых воды. Если при настойчивом промывании не удается добиться чистой воды и в промывных водах имеется свежая кровь, то это говорит о продолжающемся кровотечении. Если удастся отмыть желудок, то тонкий зонд оставляют для динамического наблюдения. Возобновление кровотечения проявит себя выделением по зонду свежей крови.

Операция: Резекция желудка

Другие типы операций: 44.41 ушивание язвы желудка

Показания к операции: продолжающееся кровотечение, рецидив кровотечения, массивность кровопотери, локализация язвы в опасных зонах с обильным кровоснабжением, пожилой возраст больного.

Цель операции: выполнение надежного гемостаза путем удаления язвы или резекция желудка.

Тактика операции. Чем тяжелее состояние больного, тем менее травматична должна быть операция. При крайне тяжелом состоянии больного кровоточащая язва желудка на передней стенке может быть иссечена, а на задней – прошита. Если состояние больного позволяет (АД более 100 мм рт.ст.), то при кровоточащих язвах желудка может быть выполнена ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой.

Послеоперационное ведение больных осуществляется с учетом тяжести кровопотери, объема операции и наличия сопутствующих заболеваний.

Инфузионная терапия зависит от дефицита ОЦК (обычно в первые сутки составляет 3000-4000 мл с последующим уменьшением к 5 дню до 1,5-

2 л). Количество гематрансфузий зависит от степени анемии. Ежедневно переливают плазму, протеин, альбумин, альвезин по 200-400 мл, реополиглюкин по 400 мл, трентал по 5 мл, кристаллоиды (5% глюкоза, раствор Рингера-Локка, витамины С, В, викасол). Дефицит ОЦК, ЦВД, биохимические показатели крови, мочи должны служить критерием объема и состава инфузионной терапии.

Антибиотикотерапия.

Диета Мейленграхта назначается неоперированным больным с остановившимся кровотечением через сутки после поступления. После операции стол 0 назначается с 3 дня, на 4-5 день – стол 1б и к концу 2 недели – стол 1.

Желудочный зонд после промывания и отсутствия застойных масс удаляют на 2-3 день. На 3 день ставят очистительную клизму. Швы снимают: через один – на 4-5 дни, остальные – на 10 день.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Тримепиридина гидрохлорид раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл
2. \*Цефутоксим 250 мг, 500 мг табл
3. \*Метронидазол р-р 5мг/мл 100мл
18. \*Глюкоза раствор для инфузий 5%, 10% во флаконе 400 мл, 500 мл; раствор 40% в ампуле 5 мл, 10 мл
4. \*Инсулин растворимый раствор для инъекций 100 МЕ/мл
5. \*Натрия хлорид 0.9% -500мл
6. Поливидон 400мл, фл
7. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
19. \*Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
8. \*Пиридоксин 10 мг, 20 мг табл; раствор для инъекций 1%, 5% в ампуле 1 мл
9. \*Ранитидин таблетка 150 мг, 300 мг; раствор для инъекций в ампуле 25 мг/мл
10. \*Препараты, получаемые из крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма)
11. \*Аминометилбензойная кислота раствор для инъекций 50 мг/5 мл в ампуле
12. Этамзилат 250мг табл
13. \*Неостигмин раствор для инъекций 0,05% в ампуле 1 мл; таблетка 15 мг
14. \*Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл

15. \*Бриллиантовый зеленый раствор спиртовой 1%, 2% во флаконе 10 мл, 20 мл

16. \*Аминкапроновая кислота, 5% р-р-100 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

Остановка кровотечения, выздоровление.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Хирургия: пер. с англ., доп./Под ред. Лопухина Ю.М., Савельева В.С. М.: ГЭ-ОТАР МЕДИЦИНА, 1998, с 335-338;
2. <http://www.rusmg.ru/>, Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;
3. Лапина Т.Л., Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, 2004.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств.

## Содержание

Авторский коллектив . . . . .	3
Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций. . . . .	4
Другие уточненные инфекции кожи и подкожной клетчатки. . . . .	4
Воспалительные заболевания предстательной железы. . . . .	8
Глаукома вторичная вследствие других болезней глаз . . . . .	11
Гнойная костная патология . . . . .	15
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Аденомэктомия . . . . .	23
Другие болезни среднего уха и сосцевидного отростка с оперативным вмешательством . . . . .	25
Катаракта. Экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы. . . . .	27
Киста почки у детей . . . . .	31
Косоглазие. Операции на глазодвигательных мышцах у детей . . . . .	34
Мочекаменная болезнь. Камень почки. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия почки. . . . .	36
Операции на придаточных пазухах носа . . . . .	39
Орхит и эпидидимит у детей . . . . .	42
Остеоартроз (полиартроз, коксартроз, гонартроз). . . . .	45
Острый и подострый иридоциклит . . . . .	51
Открытая проникающая черепно-мозговая травма у детей . . . . .	54
Панкреатит. . . . .	58
Перелом диафиза обеих костей голени. . . . .	62
Перелом диафиза плеча со смещением. . . . .	65
Перелом Монтеджи. . . . .	69
Перелом обеих костей предплечья в средней трети . . . . .	71
Переломы костей лицевого скелета . . . . .	74
Рак молочной железы . . . . .	79
Раны различной локализации . . . . .	84
Рак молочной железы, состояние после радикальной мастэктомии . . . .	88
Травма глаза, удаление инородного тела, ПХО, эписклеральное пломбирование у детей. . . . .	96
Удаление вдавленного перелома костей свода черепа. . . . .	99
Ушиб глазного яблока и тканей глазницы III-IV степени . . . . .	107

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (без мультирезистентности МБТ) . . . . .	111
Флегмона подкожной клетчатки у детей. . . . .	117
Желчнокаменная болезнь, хронический холецистит с холецистэктомией . . . . .	120
Хронические гнойные средние отиты . . . . .	125
Черепно-лицевой перелом плеча со смещением. . . . .	127
Язва желудка, осложненная кровотечением. . . . .	130



