

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
Научный Центр медицинских и экономических проблем
здравоохранения

ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ



ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

2006

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.

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 UNFPA.

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.

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

Протоколы
диагностики и лечения заболеваний
(для стационаров терапевтического профиля)

Алматы 2006г.

Анафилактический шок

Код протокола: 21-177a

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: Восстановление функции всех жизненно важных систем и органов

Длительность лечения: 2-5 дней

Коды МКБ:

T78.0 Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу

T85 Осложнения, связанные с другими внутренними протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами

T63 Токсический эффект, обусловленный контактом с ядовитыми животными

W57 Укус или ужаление неядовитыми насекомыми и другими неядовитыми членистоногими

X23 Контакт с шершнями, осами и пчелами

T78 Неблагоприятные эффекты, не классифицированные в других рубриках

Определение: **Анафилактический шок** - состояние, сопровождающееся нарушением гемодинамики, приводящей к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах. АШ развивается после контакта больного с непереносимым им аллергеном (чужеродные белки при переливании препаратов крови; медикаменты; аллергены, вводимые в процессе СИТ; яд перепончатокрылых и другие).

Классификация: по течению анафилактического шока:

1. Острое доброкачественное - стремительное наступление клинической симптоматики, шок полностью купируется под влиянием соответствующей интенсивной терапии.
2. Острое злокачественное - стремительное наступление, может быстро наступить смертельный исход даже при своевременной квалифицированной помощи.
3. Затяжное течение - начальные признаки развиваются стремительно с типичными клиническими симптомами, активная противошоковая терапия дает временный и частичный эффект. В последующем клиническая симптоматика не такая острая, но отличается резистентностью к терапевтическим мерам.
4. Рецидивирующее течение - характерно возникновение повторного состояния после первоначального купирования его симптомов, нередко возникают вторичные соматические нарушения.
5. Abortивное течение - шок быстро проходит и легко купируется без применения каких-либо лекарств.

Шесть вариантов анафилактического шока: типичный, гемодинамический (коллаптоидный), асфиксический, церебральный, абдоминальный, тромбоэмболический.

Факторы риска:

1. Лекарственная аллергия в анамнезе.
2. Длительное применение лекарственных веществ, особенно повторными курсами.
3. Использование депо-препаратов.
4. Полипрагмазия.
5. Высокая сенсibilизирующая активность лекарственного препарата.
6. Длительный профессиональный контакт с лекарствами.
7. Аллергические заболевания в анамнезе.
8. Наличие дерматомикозов (эпидермофитии), как источника сенсibilизации к пенициллину.

Поступление: экстренное

Критерии диагностики:

При остром злокачественном течении шока период жалоб отсутствует. Наступает внезапная потеря сознания, остановка сердца и клиническая смерть.

Характерные симптомы шока:

- изменение цвета кожных покровов (гиперемия кожи или бледность, цианоз);

- различные экзантемы;
- отек век, лица, слизистой носа;
- холодный липкий пот;
- чихание, кашель, зуд;
- слезотечение;
- рвота;
- клонические судороги конечностей (иногда судорожные припадки);
- двигательное беспокойство;
- непроизвольное выделение мочи, кала, газов.

При объективном клиническом обследовании выявляется:

- частый нитевидный пульс (на периферических сосудах);
- тахикардия (реже брадикардия, аритмия);
- тоны сердца глухие;
- артериальное давление (АД) быстро снижается (в тяжелых случаях нижнее давление не определяется). В относительно легких случаях АД не снижается ниже критического уровня 90-80 мм рт. ст. В первые минуты иногда АД может слегка повышаться;
- нарушение дыхания (одышка, затрудненное хрипящее дыхание с пеной изо рта);
- зрачки расширены и не реагируют на свет.

Гемодинамический вариант характеризуется превалированием в клинической картине гемодинамических нарушений с развитием выраженной гипотонии (шок), вегето - сосудистых изменений и функциональной (относительной) гиповолемии.

В клинической картине на первое место выступают симптомы нарушения сердечно-сосудистой деятельности:

- сильные боли в области сердца;
- резкое снижение АД;
- слабость пульса и его исчезновение;
- нарушение ритма сердца;
- спазм периферических сосудов (бледность) или их расширение (генерализованная "пылающая гиперемия");
- дисфункция микроциркуляции (мраморность кожных покровов, цианоз).

При асфиксическом варианте доминирующими являются развитие бронхо- и ларингоспазма, отека гортани с появлением признаков тяжелой острой дыхательной недостаточности. Возможно развитие респираторного дистресс-синдрома взрослых с выраженной гипоксией.

Церебральный вариант. Отличительной чертой данного клинического варианта ЛАШ является развитие судорожного синдрома на фоне психомоторного возбуждения, страха, нарушения сознания больного. Довольно часто данный вариант ЛАШ сопровождается дыхательной аритмией, вегето - сосудистыми расстройствами, менингеальным и мезенцефальным синдромами.

Абдоминальный вариант характеризуется появлением симптоматики так называемого "ложного острого живота" (резкие боли в эпигастриальной области и признаки раздражения брюшины), что нередко приводит к диагностическим ошибкам.

Тяжесть клинической картины ЛАШ определяется степенью, скоростью развития гемодинамических нарушений, а так же продолжительностью этих нарушений. По степени тяжести ЛАШ условно разделяют на 3 степени:

- Легкая степень - клиническая картина характеризуется нерезко выраженными симптомами шока: появляются бледность кожных покровов, головокружение, кожный зуд, крапивница, осиплость голоса. Нередко отмечают признаки бронхоспазма, схваткообразные боли в животе. Сознание сохранено, но больной может быть заторможен (обнубиация). Отмечается умеренное снижение АД, пульс частый, нитевидный. Продолжительность ЛАШ легкой степени от нескольких минут до нескольких часов.
- Средняя степень тяжести - характеризуется развёрнутой клинической картиной: больной предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, беспокойство, страх,

головокружение, боли в области сердца, нарушение зрения и слуха, кожный зуд. Могут быть тошнота, рвота, кашель и удушье (часто стридорозное дыхание). Сознание больного угнетено - обнубиляция, сопор. При осмотре кожных покровов выявляется крапивница, ангионевротический отек Квинке. Характерна резкая смена гиперемии кожи бледностью. Кожные покровы холодный, покрыты липким потом, цианоз губ, зрачки расширены. Нередко отмечается появление судорог. Со стороны ССС - тахикардия, пульс нитевидный или не определяется, АД не определяется. Могут отмечаться непроизвольные мочеиспускание и дефекация, пена в углу рта.

- Тяжёлая степень - составляет 10-15 % всех случаев ЛАШ. Шок развивается молниеносно и характеризуется отсутствием продромальных явлений, внезапной потерей сознания, судорогами и быстрым наступлением смерти. Больные теряют сознание, падают. Появляются клонические и тонические судороги, холодный липкий пот, цианоз. АД и пульс не определяются. Непроизвольное мочеиспускание и дефекация, пена в углу рта. Зрачки расширены. Летальный исход наступает в течение 5-40 минут.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Подсчет лейкоцитов в камере Горяева
3. Определение кальция
4. Определение хлоридов
5. Определение калия/натрия
6. Электрокардиограмма

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мочи
2. Определение АЛТ, АСТ

Тактика лечения:

Алгоритм лечения анафилактического шока:

Общие мероприятия:

1. Оценить тяжесть состояния больного (необходимо ориентироваться на жалобы больного, уровень сознания, окраску и влажность кожных покровов, характер дыхания и пульса)
2. Прекратить введение лекарственного препарата
3. При диагностике клинической смерти проводятся мероприятия первичного реанимационного комплекса
4. В остальных случаях:
 - Уложить больного с приподнятым ножным концом
 - Сохранить или обеспечить венозный доступ
 - Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей и доступ кислорода

Специфические мероприятия:

1. Ввести 1,0 мл 0,18 % раствора эпинефрина на 0,9 % растворе хлорида натрия. Повторное введение эпинефрина осуществляется с интервалом в 3-5 минут.
2. В/в инфузия 500-1000 мл 0,9 % раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы с целью поддержания венозного доступа и ликвидации относительной гиповолемии.
3. Преднизолон 90-120 мг в/в на 20,0 мл 0,9 % растворе хлорида натрия и 30 мг в/м или дексаметазон 8-16 мг в/в на 20,0 мл 0,9 % раствора хлорида натрия и 4 мг в/м или гидрокортизон 125-250 мг в/в и 50 мг в/м. Повторное введение ГКС осуществляют с интервалом в 4 часа. При введении ГКС с целью стабилизации гемодинамики (повышения уровня системного АД) - первая доза вводимого преднизолона составляет 500 мг (препарат разводят в 100 мл 0,9 % раствора хлорида натрия с добавлением 5000 ЕД гепарина и вводят в/в струйно - "малая пульс-терапия"), поддерживающая доза преднизолона - 250 мг на введение.
4. Антагонисты H₁-гистаминорецепторов 1-го поколения, после стабилизации гемодинамики

5. Обколоть место внутримышечной, подкожной или внутрикожной инъекции 0,5 мл 0,18 % раствора эпинефрина.

При преваживании в клинической картине:

Нарушений гемодинамики:

1. Мезатон 1% -2,0-4,0 мл или допамин 200 мг на 400,0 мл 0,9 % раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы. Препараты вводятся в/в капельно, скорость введения постепенно увеличивается под контролем системного АД.

2. Преднизолон 500 мг в/в струйно на 100,0 мл 0,9 % раствора хлорида натрия с добавлением 5000 ЕД гепарина ("малая пульс - терапия").

Астматического (бронхообструктивного) синдрома:

1. Аминофиллин 2,4% -10,0 в/в на 20,0 физ.раствора в/в медленно .

2. Преднизолон 90-120 мг или дексаметазон 8-16 мг или гидрокортизон 125-250 мг в/в струйно.

Отека Квинке:

1. Адреномиметики – раствор эпинефрина 0.18% 1,0в/в

2. ГКС - преднизолон 90-120 мг или дексаметазон 8-16 мг или гидрокортизон 125-250 мг в/в струйно.

3. Антигистаминные препараты (H-1- и H-2-гистаминоблокаторы) в/в , дифенгидрамин 1% 1,0 в/в

4. 40-80 мг фуросемида в/в.

5. По показаниям, при неэффективности консервативных мероприятий - Трахеостомия.

При отсутствии положительной динамики в течение ближайших 20-30 минут:

1. Повторное введение преднизолона в дозе 90-120 мг в/в струйно и 30 мг в/м или дексаметазона 8-16 мг в/в струйно и 4 мг в/м или гидрокортизона 125-250 мг в/в струйно и 50 мг в/м (суточная доза преднизолона может достигать 480-1200 мг и более). Рассмотреть возможность проведения "малой пульс - терапии ГКС", если ранее не проводилась.

2. Инфузия мезатона 1 % - 2,0-4,0 мл или допамин 200 мг на 400 мл 0,9 % раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы в/в капельно, постепенно увеличивая скорость введения под контролем АД.

Перечень основных медикаментов:

1. *Эпинефрин 0,18%-1,0мл, амп
2. *Декстроза 5%-400мл, фл
3. *Натрия гидрокарбонат 10 г, порошок пак
4. *Фуросемид 20мг, амп
5. *Преднизолон 30мг, амп
6. *Аминофиллин 2,4%-5,0мл, амп
7. *Дифенгидрамин 1%-1,0мл, амп
8. *Натрия хлорид 500мл, фл
9. *Гепарин 25000 МЕ, фл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Дексаметазон 1мл, амп
2. *Фенилэфрин 1 % - 1,0-2,0 мл
3. *Допамин 200 мг на 400 мл
4. *Гидрокортизон 2,5%-2мл, амп

Критерии перевода на следующий этап лечения: стабилизация состояния больного.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Anaphylaxis/Allergic Reactions. guidelines reflect the current Resuscitation Council UK Guidelines. June 2004

2. Anaphylaxis guideline/ Guideline team James Thomas, Melanie Darwent, Helen Carter, Sally Bateman, Liza Keating/ Date of publication January 2004, version 1.0, review date January 2006
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

Бронхиальная астма

Код протокола: 04-043а

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. Предупредить летальные исходы
2. Как можно быстрее восстановить дыхательную функцию и улучшить состояние больного.
3. Поддержать оптимальную функцию дыхания и предупредить рецидив приступа и окончания пребывания на этапе;

Длительность лечения: 5-11 дней

Коды МКБ:

J45.0-Астма с преобладанием аллергического компонента;

J45.1-Неаллергическая астма;

J45.8-Смешанная астма;

J45.9-Астма неуточненная;

J46- Астматический статус (status asthmaticus)

Определение: **Бронхиальная астма (БА)** – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, основным патогенетическим механизмом которого является гиперреактивность бронхов, обусловленная воспалением, а основным клиническим проявлением – приступы удушья (преимущественно экспираторного характера) вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов. Приступы удушья, а также характерные для БА кашель, чувство «заложенности» в груди, эпизоды свистящих дистанционных хрипов возникают преимущественно в ночные или утренние часы и сопровождаются частично или полностью обратимой (спонтанно или вследствие лечения) бронхиальной обструкцией.

Классификация: Классификация астмы основывается на совместной оценке симптомов клинической картины и показателей функции легких:

1. По этиологии: атопическая (экзогенная); неатопическая (эндогенная); смешанная.

2. По тяжести заболевания:

- степень I (легкое эпизодическое);
- степень II (легкое персистирующее);
- степень III (астма персистирующая, средней тяжести);
- степень IV (тяжелая персистирующая астма).

3. По тяжести заболевания различают:

- ступень I (легкая интермиттирующая): количество симптомов днем ≤ 2 раз в неделю; отсутствие и нормальные показатели ПСВ (пиковая скорость выдоха) между обострениями, количество симптомов ночью ≤ 2 раз в месяц; ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ нормы, разброс показателей ПСВ менее 20%

- ступень II (легкая персистирующая); количество симптомов днем > 1 раза в неделю, но < 1 раза в день; приступы нарушают активность; ночные симптомы > 2 раз в месяц; ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ нормы, разброс показателей ПСВ 20%-30%.

- ступень III (персистирующая, средней тяжести); симптомы ежедневно, приступы нарушают активность; ночные симптомы > 1 раза в неделю; ОФВ1 или ПСВ – 60- 80% нормы, разброс показателей ПСВ $> 30\%$.

- ступень IV (тяжелая персистирующая): симптомы постоянные, ограничена физическая активность; ночные симптомы частые; ОФВ1 или ПСВ $< 60\%$ нормы, разброс показателей ПСВ $> 30\%$.

4. По фазе течения: обострение, нестабильная ремиссия, ремиссия, стабильная ремиссия

(более 2 лет).

Факторы риска: аэрополлютанты, аллергены клещей, домашней пыли (такие мелкие, что невидимы невооруженным глазом), курение табака (курит ли сам пациент или он вдыхает дым, когда курят другие), аллергены животных, покрытых шерстью, аллергены тараканов, пыльца и плесневые грибы вне помещений, плесневые грибы внутри помещений, физическая активность, лекарства.

Поступление: плановое, экстренное

Показания к госпитализации:

1. Тяжелый приступ бронхиальной астмы
2. Нет быстрого ответа на бронхорасширяющие препараты и эффект сохраняется менее 3-х часов.
3. Нет улучшения в течение 2-6 часов после начала оральной терапии кортикостероидами
4. Наблюдается дальнейшее ухудшение – нарастание дыхательной и легочно-сердечной недостаточности, «немое легкое».
5. Больные из группы высокого риска смерти:
 - у которых в анамнезе были состояния, близкие к летальному;
 - требующие интубации, искусственной вентиляции, что приводит к возрастанию риска интубаций при последующих обострениях;
 - у которых за последний год уже была госпитализация или обращение за неотложной помощью по поводу БА;
 - использующие в настоящем или недавно прекратившие применение пероральных ГКС;
 - избыточно употребляющие ингаляционные β_2 -агонисты быстрого действия, особенно более одной упаковки сальбутамола (или эквивалента) в месяц;
 - с психическими заболеваниями, психологическими проблемами в анамнезе, включая злоупотребление седативными препаратами;
 - с анамнестическими указаниями на плохое соблюдение плана лечения БА.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Спирография

Пикфлоуметрия

Рентгенография органов грудной клетки

Анализ мокроты общий и при необходимости 3-х кратное исследование на БК

Электрокардиография

Критерии диагностики: В анамнезе любое из следующих проявлений:

кашель, особенно ночью; повторяющиеся хрипы; повторяющееся затрудненное дыхание; повторяющееся чувство сдавления грудной клетки; симптомы возникают или ухудшаются ночью; симптомы становятся тяжелее при контакте с триггерами; симптомы облегчаются после применения бронхолитиков, прогрессирующее нарастание одышки, кашля, свистящих хрипов, затрудненное дыхание, чувство сдавливания в грудной клетке или сочетание этих симптомов.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Микрореакция
4. Общий анализ мокроты,
5. Исследование функций внешнего дыхания

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
2. Рентгенография органов грудной клетки

3. Консультация пульмонолога
4. Консультация отоларинголога
5. Газовый состав крови

Тактика лечения:

- Ингаляционные β 2-агонисты быстрого действия, обычно через небулайзер, по одной дозе каждые 20 мин в течение 1 часа.
- Оксигенотерапия для насыщения кислородом $> 90\%$ (у детей – 95%).
- Системные ГКС, если нет немедленного ответа на лечение или если пациент недавно принимал стероиды перорально, или тяжелый приступ (30-60 мг метилпреднизолона или 250мг гидрокортизона внутривенно).
- При тяжелом приступе возможно подкожное, внутримышечное или внутривенное введение β 2-агонистов, в/в метилксантинов, в/в сульфата магнезии.
- При длительном приступе возможно развитие регидратации. Суточное потребление может быть на 2-3 л больше, чем обычно.

Купирование приступов: ингаляционные β 2-агонисты быстрого действия (сальбутамол, фенотерол); β 2-агонисты длительного действия с быстрым началом действия (сальметерол, формотерол); комбинированные ЛС, включающие холинолитики и β 2-агонисты; метилксантины короткого действия (аминофиллин); системные ГКС (преднизолон).

Для длительного ведения астмы рекомендуется ступенчатый подход в зависимости от степени тяжести. Для всех уровней: дополнительно к регулярной ежедневной терапии, при необходимости должны применяться ингаляционные β 2-агонисты быстрого действия, но не чаще 3-4 раз в день, фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромид.

Степень I – ежедневного приема для контроля заболевания не требуется. Рекомендуется назначать бронходилататоры короткого действия по потребности не более 1-2 раза в сутки.

Степень II - Ингаляционный ГКС: флутиказона пропионат 120 доз (100-200 мкг 2 раза в сутки), Будесонид 100-250 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг в 1-2 приема. Альтернативное лечение: назначение пролонгированных препаратов теофиллина (теотард, теопэк 200-400 мг/сутки), блокаторов лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст 20 мг 2 раза в день). Бронходилататоры короткого действия (сальбутамол, фенотерол) по потребности не более 3-4 раз в сутки.

Степень III - - Ингаляционный ГКС: флутиказона пропионат 120 доз (400-1000 мкг 3-4 раза в сутки), Будесонид 800-1600 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 800-1600 мкг в 3-4 приема). или ИГКС в стандартной дозе в сочетании с агонистами β 2 –адренорецепторов длительного действия (сальметерол по 50 мкг 2 раза в день или формотерол по 12 мкг 2 раза в день), фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромид либо с пролонгированным препаратом теофиллина. Бронходилататоры короткого действия (сальбутамол, фенотерол) по потребности, но не более 3-4 раз в сутки. Альтернативное лечение: назначение пролонгированных препаратов теофиллина (теотард, теопэк 200-700 мг/сутки), кромонов (интал 5 мг/доза), блокаторов лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст 20 мг 2 раза в день).

Степень IV - Ингаляционный ГКС флутиказона пропионат по 100-200 мкг 3-4 раза в сутки, Будесонид более 800 мкг/сут, Беклометазон дипропионат 100 мкг - 10 доз (более 1000 мкг) в сутки или эквивалент плюс ингаляционный β 2-агонист длительного действия (сальметерол, формотерол), фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромид; плюс один или более из следующих препаратов, если это необходимо: теофиллин замедленного высвобождения, антилейкотриеновый препарат, пероральный β 2-агонист длительного действия, пероральный ГКС.

Больным с вязкой мокротой назначают муколитики (амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин).

При наличии гнойной мокроты, высоком лейкоцитозе, ускоренном СОЭ назначают курс антибактериальной терапии учетом антибиотикограмм (спирамицин 3000 000 ЕД х 2 раза, 5-7 дней, амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг х 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг х 2 раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 х 1 раз, 5 дней, метронидазол 100 мл в/в капельно).

Перечень основных медикаментов:

1. *Бекламетазон аэрозоль 200 доз
2. *Ипратропия бромид аэрозоль 100 доз
3. Кромоглициевая кислота аэрозоль дозированный 5 мг; капсула 20 мг
4. *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; капсула 2 мг, 8 мг; раствор для небулайзера 20 мл
5. *Теofilлин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг
6. *Фенотерол аэрозоль 200 доз
7. *Ипратропия бромид 21 мкг+фенотерола гидробромид 50 мкг
8. *Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл
9. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг
10. *Азитромицин 500 мг
11. Метронидазол 100 мл, флакон

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Аминофиллин раствор для инъекций 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл
2. *Салметерол аэрозоль для ингаляции 25 мкг/доза
3. *Флутиказон аэрозоль 120 доз
4. *Кларитромицин 500 мг, табл.
5. *Спирамицин гранулы для суспензии 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД, 750 тыс ЕД порошок для инфузий 1,5 млн ЕД

Критерии перевода на следующий этап: Неэффективность бронхолитической терапии, некупируемые приступы удушья в течение 6-8 часов, нарастание дыхательной недостаточности, «немое легкое».

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Вып.2. 4.1. Медиа Сфера. 2003 г.
2. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005

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

Вторичный сифилис кожи и слизистых

Код протокола: 18-154в

Профиль: терапевтический, специальность - дерматовенеролог

Этап лечения: стационар

Цель этапа: получение полного курса специфического лечения; предупреждение поздних рецидивов; обследование половых и бытовых контактов, проведение им превентивного лечения (в случае необходимости).

Длительность лечения: 28 день (14 дней – вторичный свежий)

Коды МКБ:

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

A51.4 Другие формы вторичного сифилиса

A52 Поздний сифилис

Определение: **Сифилис** - это инфекционное заболевание, характеризующееся иммунологической несостоятельностью, вызываемое бледной трепонемой, передающееся преимущественно половым путем с характерной периодизацией клинических симптомов, способное поражать все органы и системы.

Классификация:

1. Первичный серонегативный сифилис.
2. Первичный серопозитивный сифилис.
3. Вторичный свежий сифилис.
4. Вторичный рецидивный сифилис.
5. Скрытый ранний сифилис, длительностью до 2 лет.
6. Серорецидивный сифилис.
7. Серорезистентный сифилис.
8. Третичный сифилис.
9. Сифилис скрытый поздний. Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией давностью 2 года и более с момента заражения.
10. Скрытый сифилис неуточненный. Случаи с положительной серологической реакцией на сифилис при невозможности установить сроки заражения. В эту группу включаются лица, начавшие лечение в неустановленной в прошлом стадии сифилиса.
11. Ранний врожденный сифилис. Врожденный сифилис грудного (до 1 года) и раннего детского (до 2 лет) возраста.
12. Поздний врожденный сифилис более 2 лет давности.
13. Скрытый врожденный сифилис.
14. Сифилис нервной системы: ранний- при давности сифилитической инфекции до 2 лет; поздний- при давности сифилитической инфекции свыше 2 лет.
15. Спинная сухотка.
16. Прогрессирующий паралич.
17. Висцеральный сифилис с указанием пораженного органа.

Факторы риска:

Беспорядочные половые контакты, очень редко при непрямом контакте с больным человеком через предметы (зубные щетки, ложки, курительные трубки и т.д.), внутриутробная передача от больной матери ребенку, при прямом переливании крови, через молоко больной кормящей женщины ребенку.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. Социально-неадаптированные люди; несовершеннолетние, доставляемые из Центра временной изоляции адаптации реабилитации несовершеннолетних (Согласно приказа Агентства РК по делам Здравоохранения №695 от февраля 2001г. «О совершенствовании мер борьбы с болезнями, передаваемыми половым путем») с положительными серологическими реакциями.

2. Лица с заразными проявлениями на открытых участках кожи и слизистых.
3. Лица, работающие в организованных коллективах с положительными серологическими реакциями.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Кал на яйца глист;
4. Флюорография;
5. Реакция Вассермана;
6. Исследование крови на ВИЧ (Приказ 89 МЗ РК от 18 марта 1999г. и приказ 575 МЗ РК от 11 июня 2002 г. «Об утверждении правил освидетельствования лиц на ВИЧ-инфекцию»- подлежат освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию больные с установленными диагнозами сифилис, гонорея, хламидиоз и др. с согласия больного).

Критерии диагностики:

1. Генерализованные высыпания на коже и слизистых оболочках (вторичные сифилиды):
 - сифилитическая розеола - розовое пятно величиной от чечевицы до ногтя мизинца, округлых очертаний, исчезающее при надавливании; расположены чаще всего на боковых поверхностях туловища и конечностях. Разновидности: отечная, сливная, рецидивная, кольцевидная; на слизистых оболочках - эритематозная сифилитическая ангина.
 - папулезные сифилиды- папулы, резко отграниченные от здоровой кожи, выступающие над ее уровнем. Разновидности: лентиккулярные, милиарные, нуммулярные, кольцевидные, себорейные, эрозивные, широкие кондиломы, роговые папулы, псориазиформные папулы.
 - пустулезные сифилиды (у ослабленных больных). Разновидности: угревидный, импетигиозный, оспеневидный, сифилитическая эктима, сифилитическая рупия.
 - сифилитическая алопеция: диффузная и мелкоочаговая.
 - сифилитическая лейкодерма - депигментированные пятна с преимущественной локализацией на задней и боковой поверхностях шеи, реже - грудь, спина, живот, поясница.
2. Полиаденит (чаще увеличиваются паховые, подмышечные, локтевые, шейные);
3. Положительные серологические реакции.
4. Реакция Герксгеймера-Яриша «повышение температуры» после начала антибиотикотерапии

Перечень основных диагностических услуг:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Исследование крови на ВИЧ
4. ИФА-НВsAg
5. Иммуноферментный анализ (ИФА)
6. Реакция иммунофлюоресценции
7. Кал на я/глист
8. КСР

Перечень дополнительных диагностических услуг:

1. Консультация терапевт по показаниям
2. Консультация офтальмолог по показаниям
3. Консультация отоларинголог по показаниям
4. Исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок
5. ИФА хламидиоз по показаниям
6. Иммунограмма

Тактика лечения:

Этиотропная терапия:

Методика 1: Лечение проводится бензатинбензилпенициллиномG по 2,4 млн ЕД на инъекцию, 1 раз в неделю, №3; либо бициллином-1 по 2,4 млн ЕД на инъекцию, 1 раз в 5 дней, №6.

Методика 2: Лечение осуществляется бициллином-3, вводимым в дозе 1,8 млн ЕД 2 раза в неделю- №10; либо бициллином-5 в разовой дозе 1500000 ЕД, вводимой 2 раза в неделю- №10.

Методика 3: Применяется прокаин-пенициллин в разовой дозе 1,2 млн, ежедневно на курс- №20, либо новокаиновая соль пенициллина по 600000 ЕД 2 раза в сутки- 20 дней.

Методика 4: Терапия осуществляется водорастворимым пенициллином по 1 млн. ЕД через 6 часов 4 раза в сутки в течение 20 дней.

Методика 5 (применяется только при гиперчувствительности, как к антибиотикам пенициллинового, так и цефалоспоринового ряда):

Применяется доксициклин по 0,1 г 3 раза в сутки в течение 30 дней, на курс 9г;* либо тетрациклин по 0,5г 4 раза в сутки, через 6 часов в течение 30 дней, на курс 60 г. Эритромицин 0,5г на один прием 4 раза в сутки, в течение 30 дней, через 6 часов, на курс 60 г. Азитромицин по 0,5 г через 12 часов 2 раза в сутки, в течение 3-х недель.

Методика 6: Цефазолин по 1,0 г каждые 4 часа 6 раз в сутки, в течение 28 дней.

Методика 7: Цефтриаксон 1,0 г 1 раз в день через день в/м, курсовая доза 10,0гр.

Для профилактики дисбактериоза кишечника назначают противогрибковую терапию итраконазол оральный раствор 200 мг 2 р\сут в течение 21 дня или флуканозол 150мг 1 раз в 3 дня- 2-3 курса.

Перечень основных медикаментов:

1. *Бензилпенициллин пор д/и 1000000 ЕД, фл
2. *Цефазолин 1 г, фл
3. *Ампициллин 1 г, фл
4. *БензатинбензилпенициллинG 2,4 млн. ЕД, фл
5. *Бензилпенициллина новокаиновая соль 600000, фл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Доксициклин 100 мг, табл.
2. *Эритромицин 500 мг, табл.
3. *Азитромицин 500 мг, табл.
4. *Тетрациклин 100 мг, 200 мг табл.
5. Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
6. *Флуканозол 150 мг, табл
7. *Цефтриаксон 1 г, фл.

Критерии перевода на следующий этап:

1. Полный курс специфического лечения.
2. Все больные подлежат «Д» наблюдению в течение 3-х лет с периодичностью сдачи анализов (реакции Вассермана) 1 раз в 3 мес.
3. При отсутствии негативации после специфического лечения в течение 1 года, назначается дополнительное лечение.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Syphilis National Guideline Clearinghouse www.guideline.gov.
2. 2002 national guidelines on the management of early syphilis. National Guideline Clearinghouse www.guideline.gov.
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах. Под редакцией Ю.К.Скрипкина, В.Н. Мордовцева.- М., Медицина, 1999.
4. Лечение и профилактика сифилиса (методические рекомендации). Научно-исследовательский кожно-венерологический институт. Астана, 2004г.

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

Гастрит, дуоденит

Код протокола: 06-071a

Профиль: терапевтический

Этап: стационар

Цель этапа: индукция ремиссии, купирование осложнений.

Длительность лечения: 10 дней

Коды МКБ:

K29 Гастрит и дуоденит

K29.0 Острый геморрагический гастрит

K29.1 Другие острые гастриты

K29.3 Хронический гастрит

K29.4 Эрозивный гастрит

K29.5 Хронический гастрит антральный, фундальный

K29.8 Дуоденит

K29.9 Хронический гастродуоденит

Определение: Гастрит - воспаление слизистой оболочки желудка, вызванное *H. Pylori*-инфекцией или другими повреждающими факторами и проявляющееся клеточной инфильтрацией, нарушением регенерации, развитием атрофии железистого эпителия, кишечной метаплазии, а также расстройствами секреторной, моторной и инкреторной функций желудка.

Классификация:

Обобщенная Сиднейская классификация гастрита (1990)

Тип: острый; хронический; особые формы (гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный, гипертрофический, реактивный).

Локализация: гастрит антрума; гастрит тела; гастрит антрума и тела (пангастрит).

Морфология: воспаление; активность; атрофия; кишечная метаплазия; *Helicobacter pylori* (Hp).

Этиология:

- Микробная: *Helicobacter pylori* и др.
- Немикробная: аутоиммунная, алкогольная, пострезекционная, нестероидные противовоспалительные препараты, химические агенты
- Незвестные факторы, в том числе, микроорганизмы

Примечания:

1. Неспецифические и специфические морфологические признаки гастрита рассматриваются без оценки тяжести.
2. Степень тяжести: легкая, умеренная, тяжелая.
3. Воздействие других микроорганизмов редко лежит в основе гастрита.

Классификация гастрита (РыссС.М., 1965, Григорьев П.Я., 1990: РыссС.С., 1999)

I. По этиологии:

1. Экзогенный (вызванный алиментарными, механическими, химическими, термическими факторами, воздействием профессиональных вредностей, злоупотреблением алкоголем, курением, приемом лекарственных средств, инфекцией *Helicobacter pylori*)
2. Эндогенный (вызванный метаболическими и эндокринными нарушениями, тканевой гипоксией, портальной гипертензией, аллергическими реакциями)

II По патогенезу:

1. Тип А (аутоиммунный)
2. Тип В (инфекционный, НР-ассоциированный)
3. Тип АВ

4. Тип С (токсико-химический): рефлюкс-гастрит, медикаментозный гастрит

III. По морфологии:

1. Поверхностный
2. С поражением желез без атрофии
3. Атрофический. Гастрит “перестройки”
 - 3.1. С кишечной метаплазией
 - 3.2. Атрофически-гиперпластический
4. Гипертрофический
5. Эрозивный

IV. По локализации:

1. Распространенный (пангастрит)
2. Ограниченный (антральный, пилородуоденит)
3. Фундальный

V. По функциональному состоянию желудка:

1. С нормальной или повышенной секреторной активностью
2. С секреторной недостаточностью

VI. По фазе заболевания: обострение, затихающее обострение, ремиссия

VII. По степени тяжести:

1. Легкая (1-2 обострения в год, клинические проявления незначительны, секреторная функция не нарушена, поражения других органов и систем отсутствуют)
2. Средняя 3-4 обострения в год, клинически проявления умеренно выражены, умеренные нарушения секреторной функции (чаще снижение), возможно снижение массы тела)
3. Тяжелая (более 4 обострений в год, клинически проявления выражены, значительные нарушения секреторной и моторной функций, поражения других органов и систем, дефицит массы тела)

VIII. Особые (специальные) формы гастрита:

1. Ригидный антральный
2. Гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие)
3. Полипозный
4. Эрозивный, геморрагический

IX. Осложнения:

1. Со стороны органов пищеварения
2. Со стороны других органов и систем.

Хронический дуоденит - патологический процесс в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки, в основе которого лежат воспалительные, дистрофические и регенеративные изменения, приводящие к структурной перестройке железистого аппарата, метаплазии и атрофии.

Классификация хронического дуоденита (Гребенев А.Л., 1981, 1994, Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., 1997)

1 По этиологии: первичный, вторичный

2. По распространенности:

- диффузный (тотальный)
- локальный: проксимальный (бульбит)
- дистальный, папиллит

3. По морфологии: поверхностный, интерстициальный (без атрофии желез), атрофический, эрозивный

4. По фазе заболевания: обострение, затухающее обострение, ремиссия

5. Осложнения: перидуоденит, панкреатит, холецистит, холангит и др.

Факторы риска: Преобладают гастриты (гастродуодениты), ассоциированные с

Нр-инфекцией. Атрофический гастрит, как правило, аутоиммунный, нередко проявляется В-12 дефицитной анемией. Так же выделяются гастриты, ассоциированные с повреждающим действием желчи и лекарственных средств, гранулематозные, эозинофильные и другие формы. Провоцирующими факторами являются курение, алкоголь, неправильное питание, стрессы, профессиональные вредности, влияние химических агентов.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации: Тяжелое течение (осложнения), частые рецидивы заболевания, отсутствие эффекта от амбулаторной терапии.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

- Общий анализ крови
- Анализ кала на скрытую кровь
- Общий анализ мочи
- Тест на Нр
- Гистологическое исследование биоптата
- Цитологическое исследование биоптата
- ЭФГДС с прицельной биопсией.
- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.

Критерии диагностики:

1. Клинические: синдром желудочной диспепсии (абдоминальная боль, тошнота, рвота, гиперацидизм) различной степени выраженности.
2. Эндоскопические: наличие отека, гиперемии, кровоизлияний, эрозий, контактная ранимость и кровоточивость слизистой оболочки желудка, атрофия и гиперплазия складок в зависимости от степени активности, этиологического фактора.
3. Гистологические: в соответствии с Сиднейской классификацией.
4. Лабораторные: В12-дефицитная анемия (при аутоиммунном гастрите), положительная реакция на скрытую кровь в кале, анемия в результате кровотечения (возможно при эрозивных поражениях).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови.
2. Определение общего белка и белковых фракций.
3. Определение сывороточного железа в крови.
4. Анализ кала на скрытую кровь
5. Общий анализ мочи
6. Тест на Нр
7. Гистологическое исследование биоптата (по показаниям).
8. Цитологическое исследование биоптата (по показаниям).
9. ЭФГДС с прицельной биопсией.
10. Дыхательный тест на мочевины (по возможности).

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.
2. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием (по показаниям).
3. Исследование желудочного сока (по показаниям)
4. Определение билирубина в крови .
5. Определение холестерина.
6. Определение АЛТ, АСТ.
7. Определение глюкозы крови.
8. Определение амилазы крови.

Тактика лечения:

Лечение в зависимости от формы гастрита предусматривает проведение эрадикационной,

противовоспалительной, прокинетической либо заместительной терапии на фоне диетического режима.

1. При гастритах с выраженной степенью активности процесса, ассоциированных с Нр – инфекцией лекарственная терапия заключается в эрадикации.

Терапия первой линии.

Ингибитор протонного насоса (омепразол*20 мг, рабепразол*^A 20 мг,) или ранитидин-висмут-цитрат* в стандартной дозировке + кларитромицин*^A 500 мг + амоксициллин*^A 1000 мг или метронидазол 500 мг; все ЛС принимают 2 раза в день в течение 7 дней. Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом*^B, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии. Кларитромицин* по 500 мг 2 раза в день оказался эффективнее приема ЛС в дозе 250 мг 2 раза в день^B. Показано, что эффективность ранитидин-висмут-цитрата*^A и ингибиторов протонного насоса^A одинакова.

Применение терапии второй линии рекомендуют в случае неэффективности препаратов первой линии. Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субсалицилат*^B 120 мг 4 раза в день + метронидазол*^A 500 мг 3 раза в день + тетрациклин^{A*} 500 мг 4 раза в день.

2. При аутоиммунном атрофическом гастрите с ахлоргидрией и В12- дефицитной анемией: внутрь - натуральный желудочный сок или панзинорм*, В/м цианкобаламин 1000*мкг в течение 6 дней.

3. При рефлюкс-гастрите – алюминийсодержащие буферные антациды (фосфолюгель*). В течение 2-3 нед. Внутрь домперидон* 10мг или метоклопрамид* 10мг за 15 мин. до еды 3-4 раза в день.

При повышенной секреторной активности желудка показано назначение антисекреторных препаратов.

- Ингибиторы протонного насоса: омепразол*^A 20 мг 2 раза в день, рабепразол*^A 20 мг 1-2 раза в день.

- Блокаторы Н₂,-рецепторов гистамина: фамотидин^{A*}20 мг 2 раза в день, ранитидин^{B*} 150 мг 2 раза в день.

- При необходимости — антациды^B, цитопротекторы.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин 1000мг, табл
2. *Кларитромицин 500мг, табл
3. *Метронидазол 250 мг, табл
4. *Тетрациклин 500 т.ед., амп
5. *Комбинированные препараты, содержащие гидроокись алюминия, гидроокись магния 15мл, суспензия для приема внутрь
6. *Фамотидин 40мг, табл
7. *Ранитидин 150 мг, 300 мг, табл
8. *Омепразол 20мг, 40 мг табл
9. Рабепразол 20мг, 40 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Платифиллин, раствор для инъекций 0,2%
2. *Дротаверин 40 мг, 80 мг, табл
3. *Домперидон 10 мг, табл
4. *Метоклопрамид 10 мг, табл
5. Мизопростол 200 мкг, табл

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. Купирование болевого и диспепсического синдромов.

2. Эрадикация *Helicobacter Pylori*.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1 Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М.Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1248 с.:ил.

2.Доказательная медицина. Ежегодный справочник. – М – Медиа Сфера, 2003.

3.Gastritis. Philadelphia: Intracorp, 2005. . Клинические рекомендации

4. Рекомендации по лечению и диспансеризации больных с основными заболеваниями органов пищеварения, Москва,2001.Под редакцией П.Я.Григорьева,,Э.П.Яковенко.

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

**Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца.
Гипертонический криз.**

Код протокола: 05-052 г

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: Устранение признаков гипертонического криза, улучшение самочувствия пациента, стабилизация гемодинамических показателей, перевод заболевания в стабильную фазу

Длительность лечения 10 дней

Коды МКБ: I11.0 Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью

Определение:

Гипертоническая болезнь (артериальная гипертензия) - стабильное повышение систолического артериального давления 140 мм.рт.ст. и более и /или диастолического артериального давления 90 мм.рт.ст. и более.

Гипертонический криз – внезапное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного снижения (необязательно до нормальных значений) для предупреждения поражения органов-мишеней.

Классификация: ВОЗ/МОАГ 1999 г.

Категории нормального АД:

Оптимальное АД < 120 / 80 мм.рт.ст.

Нормальное АД <130 / 85 мм.рт.ст.

Высокое нормальное АД или предгипертензия 130 - 139 / 85-89 мм.рт.ст.

Степени АГ:

Степень 1 140-159 / 90-99

Степень 2 160-179/100-109

Степень 3 ≥ 180 / ≥ 110

Изолированная систолическая гипертензия ≥ 140 / <90

Критерии стратификации АГ

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	Поражение органов мишеней	Сопутствующие (ассоциированные) клинические состояния
1. Используемые для стратификации риска - Величина САД и ДАД (степень 1-3) - Возраст - мужчины >55 лет - женщины > 65лет - Курение - Уровень общего холестерина крови > 6,5 ммоль/л - Сахарный диабет - Семейные случаи раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний 2. Другие факторы, неблагоприятно влияющие на прогноз*	- Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография) - Протеинурия и/или небольшое повышение креатинина плазмы (106 – 177 мкмоль/л) - Ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклеротического поражения сонных, позвоночных и бедренных артерий, аорты - Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки	Церебро-васкулярные заболевания - Ишемический инсульт - Геморрагический инсульт - Транзиторная ишемическая атака. Заболевания сердца: - Инфаркт миокарда - Стенокардия - Роеваскуляризация коронарных сосудах; - Застойная сердечная недостаточность. Заболевания почек - Диабетическая нефропатия - Почечная недостаточность (креатинин > 177

- Сниженный уровень холестерина ЛПВП - Повышенный уровень холестерина ЛПНП - Микроальбуминурия (30-300 мг/сут) при сахарном диабете - Нарушение толерантности к глюкозе - Ожирение - Сидячий образ жизни - Повышенный уровень фибриногена в крови - Социально-экономические группы с высоким риском - Географический регион высокого риска		мкмоль/л). Сосудистые заболевания: - Расслаивающаяся аневризма - Поражение периферических артерий с клиническими проявлениями. Выраженная гипертоническая ретинопатия - Геморрагии или экссудаты; - Отек соска зрительного нерва.

** Дополнительные и «новые» факторы риска (не учитываются при стратификации риска)*

Степени риска АГ:

Группа низкого риска (риск 1). Эта группа включает мужчин и женщин в возрасте моложе 55 лет с АГ 1 степени при отсутствии других факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет менее 15%.

Группа среднего риска (риск 2). В эту группу входят пациенты с АГ 1 или 2 степени. Основным признаком принадлежности к этой группе является наличие 1-2 других факторов риска при отсутствии поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет 15-20%.

Группа высокого риска (риск 3). К этой группе относятся пациенты с АГ 1 или 2 степени, имеющие 3 или более других факторов риска или поражение органов-мишеней. В эту же группу входят больные с АГ 3 степени без других факторов риска, без поражения органов-мишеней, без ассоциированных заболеваний и сахарного диабета. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в этой группе в ближайшие 10 лет колеблется от 20 до 30%.

Группа очень высокого риска (риск 4). К этой группе относятся пациенты с любой степенью АГ, имеющие ассоциированные заболевания, а также пациенты с АГ 3 степени, с наличием других факторов риска и/или поражением органов-мишеней и/или сахарным диабетом даже при отсутствии ассоциированных заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет превышает 30%.

Стратификация риска для оценки прогноза больных АГ

Другие факторы риска* (кроме АГ), поражения органов-мишеней, ассоциированные заболевания	Артериальное давление, мм.рт.ст.		
	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД >180 ДАД >110
I. Нет факторов риска, поражения органов-	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск

мишеней, ассоциированных заболеваний			
II. 1-2 фактора риска.	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
III. 3 фактора риска и более и/или поражение органов-мишеней	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
IV. Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния и/или сахарный диабет	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Классификация гипертонических кризов (JNC-6)

- Осложненный гипертонический криз (критический, emergency) сопровождается развитием острого клинически значимого и потенциально фатального повреждения органов-мишеней, что требует экстренной госпитализации и немедленного снижения уровня АД с применением парентеральных антигипертензивных средств.
- Неосложненный гипертонический криз (некритический, urgency) протекает с минимальными субъективными и объективными симптомами на фоне имеющегося существенного повышения АД. Он не сопровождается острым развитием поражением органов-мишеней. Требует снижения уровня АД в течение нескольких часов. Экстренной госпитализации не требует. Неосложненный ГК характеризуется малосимптомной АГ при следующих состояниях, ассоциированных с повышением АД: тяжелая и злокачественная АГ без острых осложнений, обширные ожоги, лекарственно-индуцированная АГ, периоперационная гипертония, острый гломерулонефрит с тяжелой АГ, криз при склеродермии.

Поступление: экстренное

Показания для госпитализации: осложненный гипертонический криз, т.е. диагностируются следующие состояния, ассоциированные с повышением АД:

- острая гипертоническая энцефалопатия;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких);
- острый коронарный синдром (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия);
- расслаивающая аневризма аорты;
- тяжелое артериальное кровотечение;
- эклампсия.

Критерии диагностики:

- относительно внезапное начало;
- индивидуально высокий уровень АД (ДАД как правило превышает 120-130 мм.рт.ст.);
- наличие признаков нарушения функции центральной нервной системы, энцефалопатии с общемозговой (интенсивные головные боли диффузного характера, ощущение шума в голове, тошнота, рвота, ухудшение зрения. возможны судороги, сонливость, выраженные нарушения сознания) и очаговой симптоматикой (парестезии кончиков пальцев рук, губ, щек, ощущение слабости в руках, ногах, двоение в глазах, преходящие нарушения речи, преходящие гемипарезы);
- нейровегетативные расстройства (жажда, сухость во рту, ощущение «внутренней дрожи», сердцебиение, ознобоподобный тремор, гипергидроз);
- кардиальная дисфункция различной степени выраженности с субъективными и объективными проявлениями;

- выраженные офтальмологические признаки (субъективные признаки и изменения глазного дна – резко вывращенное спазмирование артериол, расширение венул, отек соска зрительного нерва, кровоизлияния, отслойка сетчатки);

- впервые возникшие или усугубившиеся нарушения функции почек.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Измерение АД каждые 15-30 мин.;
2. Электрокардиография;
3. Эхокардиография
4. Общий анализ крови;
5. Общий анализ мочи;
6. Биохимические анализы крови – натрий, калий, кальций, мочевины, креатинин, коагулограмма, фибриноген;
7. Офтальмоскопия;
8. Консультация невропатолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Гликемический профиль;
2. Липидный спектр;
3. Суточное мониторирование артериального давления;
4. Проба Реберга;
5. Реоэнцефалография и определение типа мозговой гемодинамики.

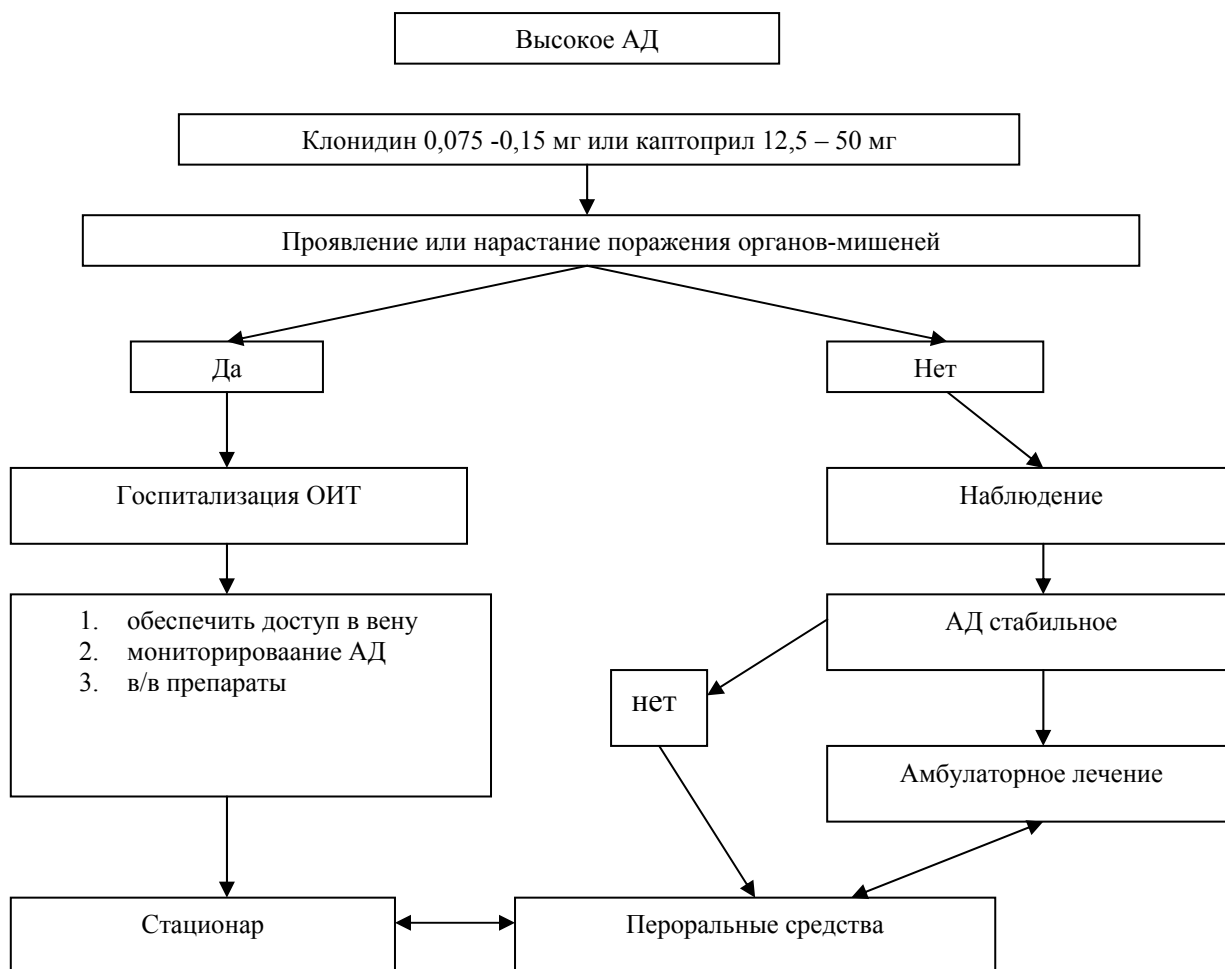
Тактика лечения:

Выбор лечебных мероприятий (препарат, путь введения, предполагаемая скорость и степень снижения АД) зависит от тяжести криза и наличия осложнений. Неотложные мероприятия должны быть направлены на снижение повышенной работы левого желудочка, устранение периферической вазоконстрикции и гиперволемии (если имеется), ишемии головного мозга (особенно при судорогах), острой коронарной или сердечной недостаточности.

Тактика лечения при осложненном ГК - внутривенное введение гипотензивных средств, мониторирование АД, экстренная госпитализация в ОИТ, управляемая гипотензия, с последующим переводом на таблетированные лекарственные средства. В случае ухудшения на фоне санирования АД введение лекарственных средств следует прекратить. В течение 30-120 мин. АД снижают на 15-25%. В течение 2-6 ч – до 160/100 мм.рт.ст.

Тактика лечения при неосложненном ГК – наблюдение в течение 3-6 часов. Постепенное снижение АД с помощью таблетированных лекарственных средств, коррекция проводимой ранее терапии.

Алгоритм лечения ГК (Галявич А.С., 2000)



Лечение неосложненного криза

- Нифедипин – 10-20 мг прием внутрь, разжевать (при отсутствии признаков ухудшения мозговой гемодинамики и атеросклеротического поражения сосудов)
- Эналаприлат – 1,25 мг в/в, медленно в течение 3 мин.
- Каптоприл – 25-50 мг под язык (Предлагается включить в список жизненно важных препаратов данное лекарственное средство короткого действия группы ИАПФ в качестве препарата для купирования неосложненного ГК)
- Клонидин – 0,075 мг под язык (при ГК на фоне прекращения приема клонидина)
- β-блокаторы: Анаприлин 10-40 мг.; пропранолол 40-80 мг.

Гипертонический криз с гипертонической энцефалопатией требует осторожного снижения АД. Для этого используют в/в инфузию нитропруссида натрия (0,25-10 мкг/мин). При судорожном синдроме вводят диазепам (в/в 10 мг).

Гипертонический криз с острой левожелудочковой недостаточностью. Показано в/в инфузия нитроглицерина (первоначально 5 мкг/мин, при необходимости дозу увеличивают на 5 мкг/мин каждые 3-5 мин до 20 мкг/мин, если эффект не достигнут, дозу увеличивают по 10-20 мкг/мин до 100 мкг/мин). При отсутствии острого инфаркта миокарда возможно в/в струйное введение *эналаприлата* (0,625 – 1,25 мг в течение 5 мин., при необходимости повторно каждые 6 ч). Дилатация легочных и периферических вен в сочетании с подавлением тахипноэ и уменьшением психомоторного возбуждения достигается дробным в/в введением 2-4 мг *морфина гидрохлорида* каждые 5-25 мин. Для снижения ОЦК и давления в легочной артерии вводят *фуросемид* в/в в дозе 0,5-1 мг/кг. Периферическая вазодилатация при нормальном и повышенном АД достигается вначале

приемом *нитроглицерина* под язык, затем в/в капельной инфузией нитроглицерина (инфузия 10 мкг/мин, при необходимости увеличение дозы на 5-10 мкг/мин каждые 5-10 мин до уменьшения одышки или среднего АД на 10% при исходно нормальном АД и 30% при АГ). В/в инфузия нитратов особенно показана в случае развития острой левожелудочковой недостаточности при инфаркте миокарда, а также на фоне ГК без мозговой симптоматики. Обеспечение оптимальной оксигинации артериальной крови достигается дыханием увлажненного кислорода, в тяжелых случаях показана интубация трахеи и ИВЛ.

Гипертонический криз с острым коронарным синдромом. Препаратом выбора является в/в инфузия нитроглицерина (5-200 мкг/мин). Нитропруссид натрия при ишемии миокарда использовать нежелательно.

Расслаивающая аневризма аорты. Пропранолол 1-3 мг или верапамил 5 мг в/в стр., нитроглицерин в/в, морфин.

Перечень основных медикаментов:

1. *Нифедипин 10-20 мг, табл
2. *Эналаприл 1,25 мг/1 мл, амп
3. Каптоприл 25-50 мг, табл
4. *Фуросемид 0,5-1 мг/кг, амп
5. *Нитроглицерин 0,0005 г, табл, 0,1% амп

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Клонидин 0,15 мг, табл
2. *Морфин 1 % 1 мл, амп
3. *Верапамил 5 мг, амп
4. Дыхание увлажненным кислородом

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- стабилизация АД;
- улучшение самочувствия пациента;
- отсутствие или уменьшение признаков общемозговых и очаговых симптомов поражения нервной системы, нейровегетативных расстройств, кардиальных жалоб и других проявлений дисфункции сердечно-сосудистой системы

Литература, использованная для подготовки протоколов:

1. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII). Complete Report. U.S.Department of Health and Human Services. National Institute of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute.
2. The 2003 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension. Canadian Hypertension Education Program. www.hypertension.ca/recommendations2003_va.html
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд., «ГЕОТАР-МЕД», 2002
4. Лечение гипертонического криза: взгляд с позиций доказательной медицины. Е.В. Шляхто, А.О. Конради. Качественная Клиническая Практика 2002;2:75. www.cardiosite.ru
5. Гипертонический криз. Consilium-medicum, А.Л. Верткин, А.В. Тополянский Том 2/№ 9/2000. А.Л. Верткин, А.В. Тополянский
6. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, том 7.
7. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики и диф. Диагностики, профилактики. Клиники и лечения.
8. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 6. Москва, 2005.
9. Терещенко С.Н. гипертонические кризы, современные принципы терапии. Журнал «Consilium medicum», 2004, № 11.

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

Гипертензивная болезнь сердца, осложненная сердечной недостаточностью

Код протокола: 05-052 а

Профиль терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. достижение компенсации основных симптомов АГ и сердечной недостаточности – снижение АД, уменьшение одышки, сердцебиения, повышение толерантности к физической нагрузке, снижение утомляемости, задержки жидкости в организме;
2. защита органов-мишеней от поражения (сердце, почки, головной мозг, сосуды, скелетная мускулатура);
3. улучшение качества жизни

Длительность лечения: 11 дней

Коды МКБ: I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия;

I11 Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца);

I50 Сердечная недостаточность;

I50.0 застойная сердечная недостаточность;

I50.1 Левожелудочковая недостаточность

Определение:

Гипертоническая болезнь (артериальная гипертония) - стабильное повышение систолического артериального давления 140 мм.рт.ст. и более и/или диастолического артериального давления 90 мм.рт.ст. и более (в результате как минимум трех измерений, произведенных в различное время на фоне спокойной обстановки. Больной при этом не должен принимать лекарственные средства как повышающие, так и понижающие АД) (1).

Сердечная недостаточность – симптомокомплекс, характеризующийся слабостью, одышкой, задержкой жидкости, который развивается вследствие различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к:

- неспособности сердца перекачивать кровь со скоростью, необходимой для удовлетворения метаболических потребностей тканей, или же обеспечению этих потребностей только при повышенном давлении наполнения;
- Хронической гиперактивации нейрогормональных систем (2).

Классификация: (ВОЗ/МОАГ 1999 г.)

Категории нормального АД:

- Оптимальное АД < 120 / 80 мм.рт.ст.
- Нормальное АД <130 / 85 мм.рт.ст.
- Высокое нормальное АД или предгипертония 130 - 139 / 85-89 мм.рт.ст.

Степени АГ:

- Степень 1 140-159 / 90-99
- Степень 2 160-179/100-109
- Степень 3 ≥ 180 / ≥ 110
- Изолированная систолическая гипертензия ≥ 140 / <90

Степени риска АГ:

- Группа низкого риска (риск 1). Эта группа включает мужчин и женщин в возрасте моложе 55 лет с АГ 1 степени при отсутствии других факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет менее 15%.
- Группа среднего риска (риск 2). В эту группу входят пациенты с АГ 1 или 2 степени. Основным признаком принадлежности к этой группе является наличие 1-2 других факторов

риска при отсутствии поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет 15-20%.

•Группа высокого риска (риск 3). К этой группе относятся пациенты с АГ 1 или 2 степени, имеющие 3 или более других факторов риска или поражение органов-мишеней. В эту же группу входят больные с АГ 3 степени без других факторов риска, без поражения органов-мишеней, без ассоциированных заболеваний и сахарного диабета. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в этой группе в ближайшие 10 лет колеблется от 20 до 30%.

•Группа очень высокого риска (риск 4). К этой группе относятся пациенты с любой степенью АГ, имеющие ассоциированные заболевания, а также пациенты с АГ 3 степени, с наличием других факторов риска и/или поражением органов-мишеней и/или сахарным диабетом даже при отсутствии ассоциированных заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет превышает 30%.

Стратификация риска для оценки прогноза больных АГ

Другие факторы риска* (кроме АГ), поражения органов-мишеней, ассоциированные заболевания	Артериальное давление, мм.рт.ст.		
	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД >180 ДАД >110
I. Нет факторов риска, поражения органов- мишеней, ассоциированных заболеваний	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
II. 1-2 фактора риска.	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
III. 3 фактора риска и более и/или поражение органов-мишеней	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
IV. Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния и/или сахарный диабет	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Классификация гипертонического сердца (Froehlich, 1987 г.)

- 1 стадия – отсутствуют клинические признаки гипертонического сердца, но с помощью специальных методов исследования выявляются признаки повышенной нагрузки на миокард, увеличение потребности миокарда в кислороде и напряжения миокарда, ранние признаки нарушения диастолической функции миокарда левого желудочка, в частности, в снижение индекса опорожнения левого предсердия.
- 2 стадия – увеличение левого предсердия (по данным ЭКГ и ЭХОКГ).
- 3 стадия – развитие гипертрофии левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенографии), при этом отсутствуют клинические признаки недостаточности кровообращения.
- 4 стадия – развитие сердечной недостаточности вследствие прогрессирования гипертонической болезни сердца, часто присоединяется ишемическая болезнь сердца.

Классификация хронической сердечной недостаточности

(Российское ОССН, 2002г.)

Функциональные классы ХСН (могут изменяться на фоне лечения)		Стадии ХСН (меняются на фоне лечения)	
I ФК	Ограничения физической	I	Начальная стадия заболевания

	активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиением. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением.	ст.	(поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция левого желудочка.
II ФК	Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.	II А ст.	Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
III ФК	Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.	IIБ ст.	Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
IV ФК	Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.	III ст.	Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, мозга и др.). Финальная стадия ремоделирования органов.

Эхокардиографическая классификация гипертонического сердца (Iriarte, 1995)

Степени	Описание
Степень 1	Диастолическая дисфункция левого желудочка
Степень 2	Диастолическая дисфункция левого желудочка в сочетании с его гипертрофией
Степень 3	Застойная сердечная недостаточность (выраженная одышка, Rtg – признаки отека легких, что соответствует ХСН III-IV ФК) при нормальной фракции выброса левого желудочка (50% и больше)
Степень 4	Застойная сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса левого желудочка (меньше 50%)

Критерии стратификации АГ

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	Поражение органов мишеней	Сопутствующие (ассоциированные) клинические состояния
1. Используемые для стратификации риска Величина САД и	Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография)	- Церебро-васкулярные заболевания - Ишемический инсульт

ДАД (степень 1-3) • Возраст - мужчины >55 лет - женщины > 65лет • Курение • Уровень общего холестерина крови > 6,5 ммоль/л • Сахарный диабет • Семейные случаи раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний 2. Другие факторы, неблагоприятно влияющие на прогноз* • Сниженный уровень холестерина ЛПВП • Повышенный уровень холестерина ЛПНП • Микроальбуминурия (30-300 мг/сут) при сахарном диабете • Нарушение толерантности к глюкозе • Ожирение • Сидячий образ жизни • Повышенный уровень фибриногена в крови • Социально-экономические группы с высоким риском Географический регион высокого риска	• Протеинурия и/или небольшое повышение креатинина плазмы (106 – 177 мкмоль/л) • Ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклеротического поражения сонных, позвоночных и бедренных артерий, аорты • Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки	• Геморрагический Инсульт • Транзиторная ишемическая атака. Заболевания сердца: • Инфаркт миокарда • Стенокардия • Реваскуляризация коронарных сосудов; • Застойная сердечная недостаточность. Заболевания почек • Диабетическая нефропатия • Почечная недостаточность (креатинин > 177 мкмоль/л). Сосудистые заболевания: • Расслаивающаяся аневризма • Поражение периферических артерий с клиническими проявлениями. Выраженная гипертоническая ретинопатия • Геморрагии или экссудаты; • Отек соска зрительного нерва.

* Дополнительные и «новые» факторы риска (не учитываются при стратификации риска)

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

- АГ, осложненная сердечной недостаточностью IIБ, III стадии в фазе прогрессирования.

Стадия IIБ - Заметное ограничение физической активности – в покое самочувствие обычное, однако физическая нагрузка меньше, чем привычная вызывает одышку, сердцебиение, повышенную утомляемость, слабость. На протяжении достаточно короткого периода отмечается нарастание симптоматики заболевания: одышки, цианоза, отмечается увеличение застойных явлений в легких. Возможны приступы острой левожелудочковой недостаточности.

Стадия III - неспособность переносить физическую нагрузку без одышки, сердцебиения, повышенной утомляемости, слабости. Симптомы присутствуют в покое и усиливаются при любой физической нагрузке. На протяжении достаточно короткого периода (несколько недель/дней) отмечается нарастание симптоматики заболевания: одышки, цианоза, отмечается увеличение застойных явлений в легких. Возможны приступы острой левожелудочковой недостаточности. Невозможность полной обратимости симптомов СН.

- Осложненный гипертонический криз^D
- Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и рефрактерная АГ^D
- Подозрение на симптоматическую АГ, если для подтверждения диагноза необходимо проведение инвазивного вмешательства (ангиография почечных сосудов с селективным забором крови^D)
- Молодые пациенты с выраженной АГ

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Измерение АД
2. Электрокардиография
3. Общий анализ крови.
4. Общий анализ мочи
5. Консультация кардиолога
6. Флюорография грудной клетки
7. Кал на яйца глист

Критерии диагностики:

1. подтверждение наличия АГ и установление ее стабильности (повышении АД выше 140/90 мм.рт.ст. у больных не получающих регулярную гипотензивную терапию в результате как минимум трех измерений в различной обстановке)
2. исключение вторичной артериальной гипертонии
3. стратификация риска АГ (определение степени повышения АД, определение устранимых и неустраимых факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных состояний).
4. Выявление заболеваний, приводящих к развитию сердечной недостаточности на фоне АГ: перенесенный инфаркт миокарда, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, сахарный диабет, тяжелые инфекции, пароксизмальная мерцательная аритмия и трепетание предсердий.
5. Симптомы сердечной недостаточности: одышка, сердцебиение, повышенная утомляемость, задержка жидкости в организме
6. Клинические и инструментальные проявления гипертрофии левого желудочка: смещение верхушечного толчка влево, смещение кнаружи левой границы сердца, появление IV тона, систолического шума митральной регургитации; ЭКГ-признаки (отклонение оси влево, индекс Соколова-Лайона $Sv1+Rv5$ более 35 мм у лиц старше 40 лет, более 45 мм у лиц моложе 40 лет; Корнельского индекса $Rav1+Sv3$ более 28 мм у мужчин, более 20 мм у женщин), ЭХОКГ-признаки – Тзслж более 1,2 см, Тмжп более 1,2 см; увеличение индекса массы миокарда ЛЖ (более 134 г/см² для мужчин, 110 г/см² у женщин); концентрическое ремоделирование ЛЖ, уменьшение трансмитрального кровотока.
7. ЭХОКГ-признаки сердечной недостаточности – укорочение миокарда в средней части левого желудочка, снижение фракции выброса меньше 40%. Рентгенологические признаки застойных явлений в легких.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. сбор анамнеза и жалоб;
2. визуальное исследование, пальпация, перкуссия, аускультация;
3. измерение частоты дыхания;
4. измерение ЧСС;
5. исследование пульса;
6. измерени АД;
7. Электрокардиография;
8. рентгенграфия легких, сердца и перикарда;
9. общий анализ крови;
10. биохимический анализ крови (глюкоза, белок, белковые фракции, билирубин и его фракции, креатинин, натрий, калий);
11. исследование липидного спектра;
12. общий анализ мочи;
13. измерение массы тела;
14. Эхокардиография;
15. УЗИ печени.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. холтеровское мониторирование;
2. исследование СРБ;
3. анализ плевральной и перитониальной жидкости;
4. исследование уровня кислорода крови.

Тактика лечения:

1. Диета калорийная, легкоусвояемая с небольшим содержанием соли (при ХСН 1 ФК менее 3 г в сутки, при ХСН 2-3 ФК 1.2-1,8 г /сутки, при тяжелой ХСН – 4 ФК менее 1г/сутки) и ограничением приема жидкости, но не менее 750 мл в сутки.
2. Физическая реабилитация (ходьба или велотренинг). Нагрузка строго дозирована и индивидуальна. Расчет нагрузки: 30-60 мин активных занятий при ЧСС, составляющей 75% максимальной. Применение данного метода повышает толерантность к нагрузкам, аэробную способность организма и переносимость лекарственных средств ^В.
3. Психологическая и социальная реабилитация.
4. Медикаментозная терапия.
 - Снижение АД
 - Разгрузка сердца: объемная – диуретики^А.

Диуретики необходимо применять с ИАПФ, использовать вместе с антагонистами альдостерона, назначать ежедневно в минимальных дозах, позволяющих добиться необходимого положительного диуреза (для активной фазы лечения +800 мл).

Гидрохлортиазид. Назначается в дозах по 50-100 мг/сут утром. Максимальная доза 200 мг/сут. Препарат принимается ежедневно или через день. Возможны кратковременные перерывы (3-5 дней).

Фуросемид. Доза устанавливается индивидуально в каждом конкретном случае. В процессе лечения режим дозирования корректируется в зависимости от величины диуретического эффекта и динамики состояния больного. При приеме внутрь средняя начальная доза 40-80 мг/сут, поддерживающая 20-40 мг/сут. При необходимости быстрого улучшения самочувствия препарат вводится в/в или в/м, начальная доза 20-50 мг. При одновременном приеме с ИАПФ препараты калия не назначаются.

– Гемодинамическая – (ИАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона).

ИАПФ – эналаприл (нач. доза 2.5 мг с повышением до 10 мг 2 раза/сутки), периндоприл (нач. доза 2 мг 1 раз/сутки, оптимальная 4 мг/с), лизиноприл (нач. доза 2.5 мг с повышением до 20 мг 1 раза/сутки). Обязательны для всех больных ХСН независимо от этиологии, стадии процесса и характера течения. Неназначение ИАПФ больным с ХСН (при отсутствии абсолютных противопоказаний – аллергические реакции и двусторонний стеноз почечных

артерий) не оправдано и ведет к сознательному увеличению риска смерти декомпенсированных пациентов.^А

Блокаторы рецепторов ангиотензина II. Эпросартан - средство выбора при непереносимости пациентами ИАПФ^А и при сочетании АГ с диабетической нефропатией назначается в дозе 300-600 мг/сут в зависимости от уровня АД.

Антагонисты альдостерона – спиронолактон в дозе при поддерживающей терапии 25-50 мг /сутки. При тяжелой декомпенсации и ухудшении течения ХСН 150/300 мг/сутки однократно утром, либо в два приема, но в первой половине дня^В.

– Миокардиальная – бета-адреноблокаторы (метопролол)^А. Применяют только дополнительно к ИАПФ. Назначают терапию с 1/8 средней терапевтической дозы (для метопролола 12,5 мг). Дозу повышают медленно (в 2 раза не чаще чем через 2 недели) до достижения оптимальных суточных доз (для метопролола до 200 мг/сутки).

Кардиотонические средства (сердечные гликозиды) при ХСН уменьшают выраженность симптоматики, заболеваемость (число госпитализаций в связи с обострением ХСН) и не влияют на прогноз.^А Назначаются в малых дозах (дигоксин до 0,25 мг/сутки) при мерцательной аритмии и трепетании предсердий. При синусовом ритме назначать с осторожностью и в малых дозах.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

– Статины (симвастатин).

Вспомогательные лекарственные средства – эффект которых и влияние на прогноз больных не доказан, но их применение диктуется определенными клиническими ситуациями.

– Периферические вазодилататоры (нитраты) не являются средствами лечения ХСН^А. Назначают только при сопутствующей стенокардии, когда есть уверенность, что именно они избавляют пациента от приступов стенокардии.^С

Нитроглицерин – быстродействующие формы: под язык 0,3-0,6 мг, табл. и капс., повторяют по потребности. Принимают внутрь, не разжевывая, запивая водой, лучше после еды, 1-2 табл. (капс.) 2 раза/сут. (обычно утром и в полдень), в отдельных случаях до 4 раз/сут, но не более 12 табл. в день. Может применяться в виде аэрозоли для сублингвального применения, 1-2 дозы (0,4-0,8 мг) под язык. Нитроглицерин в/в инфузионно 5-200 мкг/мин (титруется с учетом изменения САД, которое должно быть больше 90мм.рт.ст.). Дозу повышают до получения желаемого гемодинамического эффекта ил побочных проявления (головная боль, тошнота). Необходим мониторинг АД.

Изосорбида динитрат - внутрь. не разжевывая, запивая водой, лучше после еды. Кратность зависит от длительности действия: таблетки средней продолжительности действия 3-4 раза в день по 1-30 мг на прием; препараты пролонгированного действия 20 мг 2-3 раза в сутки, препараты пролонгированного действия 40 и 60 мг 2 раза в сутки, препараты пролонгированного действия 120 мг 1 раз в сутки. Аэрозоль для сублингвального приема в положении сидя 1-3 дозы (1.25-3.75 мг) п/я. Лекарственные формы для наклеивания на десну 20-40 мг 1-3 раза в сутки. В/В инфузионно 2-10 мг/ч и более (титруется с учетом изменения САД, которое должно быть больше 90мм.рт.ст.).

– Блокаторы кальциевых каналов (амлодипин) назначают дополнительно к ИАПФ при клапанной регургитации и легочной гипертензии. Начальная доза составляет 5 мг 1 раз в сутки, средняя поддерживающая доза 10 мг/сут.

– Антиаритмические средства (амиодарон) применяют при опасных для жизни желудочковых аритмиях. Внутрь :в течение 1-й недели 200 мг 3 раза в сутки, в течение 2-й недели 200 мг 2 раза в сутки, далее уменьшение дозы до поддерживающей 100-400 мг в сутки. В/в инфузия: 5-7 мг/кг за 20-120 мин. под контролем ЭКГ и АД, при необходимости продолжение инфузии 1.2-1,8 г/сут. (Предлагается включить данный препарат в список жизненно важных препаратов как препарат выбора для купирования пароксизмальных наджелудочковых и желудочковых тахикардий^С, мерцательной аритмии^А, желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков^А. Высокоэффективен как средство первичной и

вторичной профилактики внезапной аритмической смерти у постинфарктных больных и при ХСН^А).

– Ацетилсалициловая кислота по 75-160 мг 1 раз в сутки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Гидрохлортиазид 25 мг, табл
2. *Фуросемид 40 мг, табл
3. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг, табл
4. *Периндоприл 4 мг, табл
5. *Лизиноприл 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг табл
6. *Спиронолактон 25 мг, 50 мг, табл
7. *Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл
8. Моэксиприл 7,5 мг., 15 мг. табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Эпросартан 300 мг, табл
2. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 500 мг табл
3. Симвастатин 5-80 мг, табл
4. *Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап лечения (критерии эффективности лечения):

- стабилизация АД
- улучшение самочувствия пациента
- уменьшение признаков сердечной недостаточности

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Essential hypertension. Guedelines for clinical care. University of Michigan Health system. 2002.
2. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность», Москва, 2003.
3. VHA/DOD Clinical practice guideline for diagnosis and management of hypertension in the primary care setting. 1999.
4. Prodigy guidance. Hypertension. 2003.
5. Management of hypertension in adults in primary care. National institute for clinical excellence. 2004
6. Guidelined and protocols. Detection and diagnosis of hypertension. British Columbia medical association. 2003
7. Michigan quality improvement consortium. Medical management of adults with essential hypertension. 2003
8. Артериальная гипертензия. Седьмой доклад Объединенной комиссии по выявлению и лечению артериальной гипертензии при поддержке национального института патологии сердца, легких и крови. 2003.
9. Европейское общество по артериальной гипертензии Европейское общество кардиологов 2003. рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. J.hypertension 2003;21:1011-53
10. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко.М.2004.
11. The 2003 Canadian Recommendations for the management of hypertension diagnosis.
12. The Seventh Report of the Joint national Committee on prevention, Detection, Evaluation and treatment of high blood pressure. 2003.
13. Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, том 7.
14. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия 2000: ключевые аспекты диагностики и диф. Диагностики, профилактики. Клиники и лечения.
15. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 6. Москва, 2005.

*-препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты

Код протокола: 06-073а

Профиль: терапевтический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. Обеспечение ремиссии
2. Профилактика осложнений

Длительность: 8 дней

Коды МКБ:

K52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты

K52.2 Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит

K52.1 Токсический гастроэнтерит и колит

K52.0 Радиационный гастроэнтерит и колит

Определение: Хронический энтерит – воспалительно-дистрофическое заболевание тонкой кишки. При этой патологии наряду с дистрофическими изменениями наступают дегенеративные изменения и, что, особенно важно – атрофические изменения.

Классификация хронических заболеваний кишечника (по А.Р.Златкиной, А.В.Фролькису, 1985г.)

1. Первичные нарушения пищеварения и всасывания в кишечнике
2. Воспалительные и дистрофические заболевания кишечника
 - 2.1. Хронический неспецифический энтерит
 - 2.2. Эозинофильный гастроэнтерит
 - 2.3. Радиационный энтерит
 - 2.4. Синдром экссудативной энтеропатии
 - 2.5. Туберкулез кишечника
 - 2.6. Уиппла болезнь
 - 2.7. Хронический неспецифический язвенный колит
 - 2.8. Болезнь Крона
 - 2.9. Псевдомембранозный колит (энтероколит)
3. Заболевания кишечника при иммунодефицитных состояниях
4. Послеоперационные заболевания кишечника
5. Функциональные заболевания кишечника
6. Дивертикулез толстой кишки
7. Сосудистые заболевания кишечника
8. Диффузный полипоз толстой и прямой кишки
9. Опухоли кишечника
10. Аномалии развития кишечника
11. Аноректальные заболевания
12. Редкие заболевания кишечника

Классификация: хронических неспецифических энтеритов (5)

- I. По этиологии:
 1. Инфекционные (постинфекционные)
 2. Паразитарные
 3. Токсические
 4. Медикаментозные
 5. Алиментарные
 6. Вторичные
- II. По анатомо-морфологическим признакам:

1. По локализации

Хронический еюнит

Хронический илеит

Хронический тотальный энтерит

2. По характеру морфологических изменений тонкой кишки:

Еюнит без атрофии

Еюнит с умеренной парциальной ворсинчатой атрофией

Еюнит с выраженной парциальной ворсинчатой атрофией

Еюнит с субтотальной ворсинчатой атрофией

III. По клиническому течению

Легкое течение, средней тяжести, тяжелое течение

Фаза обострения или ремиссии

IV. По характеру функциональных нарушений тонкой кишки

Синдром недостаточности пищеварения (малдигестия)

Синдром недостаточности кишечного всасывания (малабсорбции)

Синдром экссудативной энтеропатии

Синдром многофункциональной недостаточности (энтеральная недостаточность)

V. По степени вовлечения толстой кишки

1. Без сопутствующего колита

2. С сопутствующим колитом (учитывается распространенность поражения толстой кишки, характер морфологических изменений толстой кишки)

VI. По характеру экстраинтестинальных расстройств

Аллергический гастроэнтерит (эозинофильный гастроэнтерит) – хроническое заболевание, характеризующееся инфильтрацией преимущественно эозинофилами собственной пластинки слизистой оболочки антрального отдела желудка, эпителия, ямочных желез с формированием эозинофильных абсцессов; характерно поражение тонкой и толстой кишок, пищевода; часто сопутствует аллергическим заболеваниям, а также реакциям на пищевые продукты.

Факторы риска: интоксикации, радиационные облучения, наличие аллергии, применение лекарств: антибиотиков (неомицин, канамицин, тетрациклин и др.), нарушение питания, дисбактериоз, прием алкоголя.

Атомический дерматит, астма, семейный анамнез атопических заболеваний.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации: Отсутствие эффекта от амбулаторной терапии, осложнение: анемия, синдром мальабсорбции, малдигестии, тяжелое течение

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией

4. Анализ кала на простейшие, клостридии

5. Копрограмма

6. Кал на скрытую кровь

7. Флюорография

8. Консультация гастроэнтеролога, аллерголога (по показаниям)

Критерии диагностики:

Клиническая картина гастроэнтерита: хроническая диарея, боль в животе, тошнота, рвота, жидкий стул, содержащий неперевааренную пищу, иногда кровь, похудание, тенезмы, схваткообразные боли в животе, при потере белка – отеки, анемия.

При обследовании: в ОАК: эозинофилия до 30-80%, в кале – скрытая кровь, кристаллы Шарко-Лейдена.

На гистологии: признаки воспалительной реакции: инфильтрация клеток и скопление эозинофилов в криптах.

На рентгенисследовании: неизменный ток кала или признаки отека слизистой.

Для диагностики пищевой аллергии используют комплекс клинических и лабораторных методов:

1. Анамнез
2. Осмотр и оценка клинических симптомов
3. Кожные прик-пробы
4. Пищевой дневник
5. Элиминационно-провокационная проба
6. Определение общего и специфических IgE антител к пищевым аллергенам в сыворотке крови
7. Радиоаллергосорбентный тест
8. Эзофагогастродуоденоскопию с биопсией тонкой кишки
9. Оценка проницаемости слизистой оболочки кишечника
10. Дополнительные методы (Определение триптазы и эозинофильного катионного белка, тест бласстрасформации лимфоцитов, тест выброса гистамина базофилами и тучными клетками кишечника).

11. Анализ стула (лейкоциты, эозинофилы)

Для постановки гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии следует учитывать следующие критерии:

1. Связь возникновения гастроинтестинальных симптомов с приемом определенных пищевых продуктов (коровье молоко, зерновые, овощи, фрукты, орехи, грибы и т.д.).
2. Положительный аллергологический анамнез
3. Исчезновение симптомов после прекращения приема аллергенных продуктов
4. Наличие светлой слизи в кале
5. Положительный эффект от приема антигистаминных препаратов
6. Высокие уровни общего и специфических IgE антител к пищевым аллергенам

Для постановки диагноза помогает эндоскопическое обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с биопсией проксимальных отделов тонкого кишечника.

При токсическом гастроэнтерите должна быть связь с интоксикацией.

При радиационном – клиника гастроэнтерита развивается через 10-14 дней или через 6-12 месяцев после облучения.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Исследование кала на скрытую кровь
3. Исследование кала на копрологию
4. Эзофагогастродуоденоскопия
5. Ректоскопия
6. Гистологическое исследование ткани
7. Определение общего белка
8. Определение белковых фракций

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Определение билирубина
2. Определение холестерина
3. Определение глюкозы
4. Определение АЛТ
5. Определение с-реактивного белка
6. Рентгеноскопия желудка

7. Определение железа
8. Определение АСТ
9. Колоноскопия

Тактика лечения:

Аллергический гастроэнтерит и колит:

1. Промывание желудка (в случае последнего приема пищи не более 3-5 часов). Голод 1-2 суток, затем гипоаллергенная диета (исключение провоцирующих аллергию пищевых продуктов)
2. Адсорбенты: смектит* 4 г 4 раза в сутки – 10-15 дней, активированный уголь*.
3. H1-гистаминоблокаторы: Лоратидин* 10 мг/сутки или Цетиризин* 10 мг/сутки. При системных проявлениях аллергической реакции – Преднизолон* 60-120 мг в/венно.
4. Антисекреторные препараты (H2-антигистаминные средства: Ранитидин* 300 мг/сутки или Фамотидин* 40-80 мг/сутки; Ингибиторы протонной помпы: Омепразол* 20-40 мг/сутки или Рабепразол* 30-60 мг/сутки) – 10-15 дней.
5. Спазмолитики (при гипермоторной дискинезии): пинавериум бромид* 50-100 мг 3 раза в сутки или Дротаверин* 40 мг в/м 2-3-раза в сутки 10-15 дней.
6. Прокинетики (при гипомоторной дискинезии желудка и рефлюксе): Метоклопрамид* или Домперидон* 30-40 мг/сутки 10-15 дней.
7. При упорной диарее – лоперамид* 2 тб/неделю

Токсический гастрит и колит:

1. Промывание желудка, очистительная клизма (при отсутствии противопоказаний). Диетический режим.
2. Адсорбенты: Смектит* 4 г х4 раза в сутки – 10-15 дней, активированный уголь.*
3. Антисекреторные препараты (H2-антигистаминные средства: Ранитидин* 300 мг/сутки или Фамотидин* 40-80 мг/сутки; Ингибиторы протонной помпы: Омепразол* 20-40 мг/сутки или Рабепразол* 30-60 мг/сутки.
4. Спазмолитики (при гипермоторной дискинезии): пинавериум бромид* 50-100 мг 3 раза в сутки или Бускопан* 10 мг 3 раза в сутки или Дротаверин* 40 мг в/м 2-3-раза в сутки 10-15 дней.
5. Прокинетики (при гипомоторной дискинезии и рефлюксе): Метоклопрамид* или Домперидон* 30-40 мг/сутки 10-15 дней.
6. Инфузионная терапия (Изотонический р-р хлорида натрия*, 5-10% р-р Декстрозы*) 1-2 л/сутки.
7. Пребиотики: хилак форте* 60 кап. 3 раза.
8. Дезинтоксикационная терапия: эссенциальные фосфолипиды* 10 мл в/в, 10 дней, затем в виде капсул в течение 1-2 месяца (6).

Радиационный гастрит и колит:

1. Диетический режим.
- 2) Адсорбенты: Смектит* 4 г х4 раза в сутки – 10-15 дней, активированный уголь.*
- 3) Антисекреторные препараты (H2-антигистаминные средства: Ранитидин* 300 мг/сутки или Фамотидин* 40-80 мг/сутки; Ингибиторы протонной помпы: Омепразол* 20-40 мг/сутки или Рабепразол* 30-60 мг/сутки.
- 4) Хилак-форте 50 кап 3 раза в сутки.
- 5) Токоферола ацетат* 200-300 мг/сутки в течение 1-2 месяцев.
- 6) Спазмолитики (при гипермоторной дискинезии): пинавериум бромид* 50-100 мг 3 раза в сутки или Бускопан* 10 мг 3 раза в сутки или Дротаверин* 2,0 в/м 2-3-раза в сутки 10-15 дней.
- 7) Прокинетики (при гипомоторной дискинезии и рефлюксе): Метоклопрамид* или Домперидон* 30-40 мг/сутки 10-15 дней.
- 8) Инфузионная терапия (Изотонический р-р хлорида натрия*, 5-10% р-р Декстрозы*) 1-2

л/сутки.

9) Препараты кальция, электролиты, цианокобаламин *1000 гамма, аскорбиновая кислота 5% *мл в/в.

10) Противовоспалительная терапия: сульфасалазин (5-АСК)* 250 мг /кг веса, при неэффективности – кортикостероиды*, эссенциальные фосфолипиды* (5,6).

Перечень основных медикаментов:

1. *Дротаверин 40 мг, амп
2. *Преднизолон 30 мг, амп
3. *Домперидон 10мг, табл
4. *Смектит 3,0 г пак, порошок д/сусп
5. *Эссенциале, амп
6. *Омепразол 20мг, табл
7. *Фамотидин 40мг, табл
8. *Пинаверия бромид 50мг, табл
9. *Хилак форте, капли фл 100мл
10. *Токоферола ацетат 0,2 г, капс
11. *Лоратадин 10 мг, табл
12. *Цетиризин 10 мг, табл
13. *Ранитидин 300 мг, табл
14. Рабепразол 10-20 мг, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Растворы для парентерального введения.

Критерии перевода на следующий этап:

Купирование болевого, диспепсического синдрома, системных проявлений

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines for the evaluation of food allergy.2000.
2. <http://www.medafarm.ru/php/content.php?group=5&id=3496> Пищевая аллергия.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М.2002.
4. Побочная реакция на пищу. Аллергическая ли это реакция? Wesley Burks, MD It's an adverse food reaction--but is it allergy? Wesley Burks. It's an adverse food reaction--but is it allergy? Contemporary Pediatrics 2002;5:71. (перевод с английского).
5. Gastrointestinal food allergy: New insights into pathphysiology and clinical perspectives. Gastroenterology. The American gastroenterological association. Volume 128, Issue 4, Pages 1089-1113 (April 2005)

*-препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

ИБС, стенокардия напряжения ФК3. Постинфарктный кардиосклероз Н ИБ

Код протокола: 05-053

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. подбор терапии;
2. улучшение общего состояния больного;
3. урежение частоты приступов;
4. повышение толерантности к физическим нагрузкам;
5. уменьшение признаков недостаточности кровообращения.

Длительность лечения: 12 дней

Код МКБ10: I20.8 Другие формы стенокардии

Определение:

Стенокардия - клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения и болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастрий. Боль провоцируется физической нагрузкой, выходом на холод, обильным приемом пищи, эмоциональным стрессом, проходит в покое, устраняется нитроглицерином в течение нескольких секунд или минут.

Классификация: Классификация ИБС (ВКНЦ АМН СССР 1989)

1. Внезапная коронарная смерть
2. Стенокардия:
 - стенокардия напряжения;
 - впервые возникшая стенокардия напряжения (до 1 мес.);
 - стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса от I до IV);
 - прогрессирующая стенокардия;
 - быстро прогрессирующая стенокардия;
 - спонтанная (вазоспастическая) стенокардия.
3. Инфаркт миокарда:
 - крупноочаговый (трансмуральный);
 - мелкоочаговый;
 - первичный рецидивирующий, повторный (3.1-3.2)
4. Очаговая дистрофия миокарда:
5. Кардиосклероз:
 - постинфарктный;
 - мелкоочаговый, диффузный.
6. Аритмическая форма (с указанием типа нарушения сердечного ритма)
7. Сердечная недостаточность
8. Безболевая форма

Стенокардия напряжения

I ФК (латентная стенокардия): приступы стенокардии возникают только при физических нагрузках большой интенсивности; мощность освоенной нагрузки по данным велоэргометрической пробы (ВЭМ) 125 Вт, двойное произведение не менее 278 усл. ед; число метаболических единиц более 7.

II ФК (стенокардия легкой степени): приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на расстояние более 500 м, особенно в холодную погоду, против ветра; подъеме по лестнице более, чем на 1 этаж; эмоциональном возбуждении. Мощность освоенной нагрузки по данным ВЭМ-пробы 75-100 Вт, двойное произведение 218-277 усл. ед, число метаболических единиц 4,9-6,9. Обычная физическая активность требует небольших ограничений.

III ФК (стенокардия средней тяжести): приступы стенокардии возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 100-500 м, подъеме по лестнице на 1 этаж. Могут быть редкие приступы стенокардии в покое. Мощность освоенной нагрузки по данным ВЭМ-пробы 25-50 Вт, двойное произведение 151-217 усл. ед; число метаболических единиц 2,0-3,9. Наступает выраженное ограничение обычной физической активности.

IV ФК (тяжелая форма): приступы стенокардии возникают при незначительных физических нагрузках, ходьбе по ровному месту на расстояние менее 100 м, в покое, при переходе больного в горизонтальное положение. Мощность освоенной нагрузки по данным ВЭМ-пробы менее 25 Вт, двойное произведение менее 150 усл.ед; число метаболических единиц менее 2. Нагрузочные функциональные пробы, как правило, не проводят, у больных наблюдается резко выраженное ограничение обычной физической активности.

СН - это такой патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания ССС происходит снижение насосной функции сердца, что приводит к дисбалансу между гемодинамической потребностью организма и возможностями сердца.

Факторы риска: мужской пол, пожилой возраст, дислиппротеинемия, артериальная гипертензия, курение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем.

Поступление: плановое

Показания к госпитализации:

- уменьшение эффекта от получаемой амбулаторной терапии;
- снижение толерантности к физической нагрузке;
- декомпенсация.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Консультация: кардиолог;
2. Общий анализ крови (Ег, Hb, L, лейкоформула, СОЭ, тромбоциты);
3. Общий анализ мочи;
4. Исследование кала на яйца глист;
5. Микрореакция;
6. Электрокардиограмма;
7. Флюорография.

Критерии диагностики:

1. ангинозные боли, одышка в покое при ходьбе на 100-500 м, подъем на 1 этаж;
2. отеки, признаки застоя;
3. ограничение физической нагрузки;
4. на ЭКГ рубцовые изменения.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Определение глюкозы
3. Общий анализ мочи
4. Коагулограмма крови
5. Электрокардиограмма
6. Измерение артериального давления
7. Определение билирубина
8. Антропометрия
9. Определение калия/натрия
10. Определение бета-липопротеидов
11. Определение холестерина
12. Определение холестерина липопротеидов высокой плотности
13. Определение триглицеридов
14. Определение АсТ
15. Определение АлТ
16. Определение мочевины

17. Определение креатинина
18. Эхокардиография
19. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях
20. Узи органов брюшной полости

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Суточное мониторирование по Холтеру

Тактика лечения: назначение антиангинальной, антиагрегантной, гиполипидемической терапии, улучшение коронарного кровотока, профилактика сердечной недостаточности.

Антиангинальная терапия:

в-блокаторы - титровать дозу препаратов под контролем чсс, АД, ЭКГ. Нитраты назначаются в начальном периоде в инфузиях и перорально, с последующим переходом только на пероральный прием нитратов. В аэрозолях и сублингвально нитраты применять по необходимости для купирования приступов ангинозных болей.

При наличии противопоказаний к назначению в-блокаторов возможно назначение антагонистов кальция. Доза подбирается индивидуально.

Антиагрегантная терапия предполагает назначение аспирина всем больным, для усиления эффекта назначается клопидогрель

С целью борьбы и предупреждения развития сердечной недостаточности необходимо назначение иАПФ. Доза подбирается с учетом гемодинамики.

Гиполипидемическая терапия (статины) назначается всем больным. Доза подбирается с учетом показателей липидного спектра.

Мочегонные препараты назначают в целях борьбы и предотвращения развития застойных явлений

Сердечные гликозиды - с инотропной целью

Антиаритмические препараты могут назначаться в случае появления нарушений ритма.

С целью улучшения метаболических процессов в миокарде может назначаться триметазидин.

Перечень основных медикаментов:

1. *Гепарин, р-р д/и 5000ЕД/мл фл
2. Фраксипарин, р-р д/и 40 - 60 мг
3. Фраксипарин, р-р, 60мг
4. *Ацетилсалициловая кислота 100мг, табл
5. *Ацетилсалициловая кислота 325мг, табл
6. Клопидогрель 75 мг, табл
7. *Изосорбид динитрат 0,1% 10 мл, амп
8. *Изосорбид динитрат 20 мг, табл
9. *Изосорбид динитрат, аэроз доза
10. *Нитроглицерин 0,5 мг, табл
11. *Атенолол 50 мг, табл
12. *Метапролол 25 мг, табл
13. Бисопролол 10 мг, табл
14. Карведилол 25 мг, табл
15. Фозиноприл 10 мг, табл
16. *Периндоприл 4 мг, табл
17. Каптоприл 25 мг, табл
18. *Эналаприл 10 мг, табл
19. *Амиодарон 200 мг, табл
20. *Фуросемид 40 мг, табл
21. *Фуросемид амп, 40 мг
22. *Спинолактон 100 мг, табл
23. *Гидролортиазид 25 мг, табл
24. Симвастатин 20 мг, табл

25. *Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл
26. *Дигоксин 0,025% 1 мл, амп
27. *Декстроза, р-р д/и 5% 400мл, фл
28. Калия хлорид, 4% 10 мл, амп
29. *Инсулин человеческий, растворимый, биосинтетический, р-р д/и 100ЕД/мл пенфил1,5мл
30. *Натрия хлорид, р-р, д/и 0,9%, пласт 500 мл, фл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Диазепам 5 мг, табл
2. *Диазепам раствор для инъекций в ампуле 10 мг/2 мл
3. *Цефазолин, пор, д/и, 1 г, фл
4. Фруктозо дифосфат, фл
5. Триметазидин 20 мг, табл
6. *Амлодипин 10 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Ухудшение состояние может быть связано с:

- развитием ОИМ, (переход на соответствующий протокол);
- тромбоэмболическими осложнениями, что требует перевода в реанимационное отделение и соответствующий протокол терапии;
- левожелудочковой недостаточностью;
- сложным нарушением ритма сердца и проводимости, что также потребует реанимационных мероприятий и соответствующих протоколов лечения.

Литература, использованная для подготовки протоколов:

1. Доказательная медицина - ежегодный справочник
2. Чучалин А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В., Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) Выпуск У1 2005
3. Моисеев В.С., Сумароков А.В. Болезни Сердца
4. Окроков А.Н. Лечение болезней внутренних органов

*-препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона

Код: 06-061г

Профиль: терапевтический

Этап: стационар

Цель этапа: поддержание ремиссии и профилактика осложнений (исчезновение патологических примесей в кале, нормализация стула, купирование болей в животе, регрессия системных проявлений (снижение СОЭ, увеличение содержания гемоглобина и т. д.)

Длительность лечения: 14 дней

Код МКБ: K50 Болезнь Крона (регионарный энтерит)

K59.0 Болезнь Крона тонкой кишки

K50.1 Болезнь Крона толстой кишки

K50.8 Другие разновидности болезни Крона

K51 Язвенный колит

K51.0 Язвенный (хронический) энтероколит

K51.2 Язвенный (хронический) проктит

K51.3 Язвенный (хронический) ректосигмоидит

Определение:

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся язвенно-некротическими изменениями слизистой оболочки, которое локализуется преимущественно в ее дистальных отделах. Изменения первоначально возникают в прямой кишке, в дальнейшем распространяются последовательно в проксимальном направлении и примерно в 10% случаев захватывают всю толстую кишку.

Болезнь Крона (БК) – неспецифическое первично-хроническое, гранулематозное воспалительное заболевание с вовлечением в процесс всех слоев стенки кишечника, характеризующееся прерывистым (сегментарным) поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта. Следствием трансмурального воспаления является образование свищей и абсцессов.

Классификация (в зависимости от локализации поражения)

Неспецифический язвенный колит:

1. По локализации: дистальный колит (проктит, проктосигмоидит), левосторонний колит (поражение до селезеночного изгиба), субтотальный колит, тотальный колит, тотальный колит с ретроградным илеитом.

2. По форме: острая (1 атака); молниеносная (фульминантное течение-лихорадка, геморрагии, левосторонний или тотальный колит с осложнениями: токсический мегаколон, перфорация); хроническая рецидивирующая; хроническая непрерывная. Хроническая форма – клинические симптомы свыше 6 мес., поражение нескольких отделов толстой кишки. А также тотальный колит, различная степень тяжести. Но преимущественно мягкое течение или чередование мягкого и тяжелого течения, прогрессирующее разрушение слизистой оболочки и фиброз)

3. По фазе: обострение, ремиссия.

4. По течению (степени тяжести):

а) легкое – стул не чаще 4 раз в сутки с незначительной примесью крови, лихорадка отсутствует, тахикардия отсутствует, анемия умеренная, СОЭ не выше 30 мм/час, осложнения и внекишечные проявления не характерны.

б) средней тяжести – стул от 4 до 8 раз в сутки со сгустками или ярко-красной кровью, субфебрильная температура, тахикардия свыше 90 уд/мин, анемия 1-2 степени, СОЭ в пределах 30 мм/час, потеря веса до 10%, осложнения не характерны, внекишечные проявления могут быть.

в) тяжелое – стул чаще 8 раз в сутки с кровопотерей свыше 100 мл, фебрильная температура, анемия 2-3 степени, СОЭ свыше 30 мм/час, выраженная тахикардия, потеря веса более 10%, осложнения и внекишечные проявления закономерны.

5. По активности:

- а) минимальная (эндоскопически – отек слизистой оболочки, гиперемия, грануляции, контактная кровоточивость)
- б) умеренная (эндоскопически – минимальная степень, а также эрозии, гной, кровь и слизь в просвете кишечника)
- в) резко выраженная (эндоскопически – умеренная степень, а также микроабсцессы, псевдополипы, фибриновый налет)

Факторы риска: наследственная предрасположенность, микобактерии, вирус кори, хламидии, грибы рода *Candida*, курение

Поступление: при острой и молниеносной форме экстренная госпитализация, в остальных случаях плановое поступление.

Показания для госпитализации:

1. впервые установленный диагноз НЯК и БК;
2. обострение заболевания (среднетяжелое и тяжелое течение, лабораторные признаки активности процесса, наличие системных проявлений);
3. наличие осложнений и риск развития активности процесса.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови (СОЭ, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты)
2. Общий белок и фракции, СРБ
3. Коагулограмма
4. Ректороманоскопия, ирригоскопия или колоноскопия
5. ЭФГДС (для выявления поражения 12-перстной кишки при БК)

Критерии диагностики:

1. Критерии диагностики для БК:

- клинические – диарея, боли в правой подвздошной области, перианальные осложнения, лихорадка, внекишечные проявления, внутренние свищи, потеря массы веса
- лабораторные – ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, тромбоцитоз, анемия, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, СРБ, увеличение альфа 2-глобулинов
- эндоскопические – наличие поперечных язв, афт, ограниченных участков гиперемии и отека в виде «географической карты», свищи с локализацией на любом участке желудочно-кишечного тракта
- рентгенологические – ригидность кишечной стенки и ее бахромчатые очертания, стриктуры, абсцессы, опухолеподобные конгломераты, свищевые ходы, неравномерное сужение просвета кишечника вплоть до симптома «шнурка»
- гистологические – отек и инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками подслизистого слоя, гиперплазия лимфоидных фолликулов и пейеровых бляшек, гранулемы. При прогрессировании заболевания нагноение, изъязвление лимфоидных фолликулов, распространение инфильтрации на все слои кишечной стенки, гиалиновое перерождение гранулем
- ультразвуковые – утолщение стенки, уменьшение эхогенности, анэхогенное утолщение стенки кишечника, сужение просвета, ослабление перистальтики, сегментарное исчезновение гаустр, абсцессы

2. Критерии диагностики для НЯК:

- клинические – кровотечение из прямой кишки, учащенное опорожнение кишечника, постоянные позывы на дефекацию, стул преимущественно в ночное время, боли в животе преимущественно в левой подвздошной области, тенезмы
- лабораторные – ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, постгеморрагическая анемия, ретикулоцитоз
- эндоскопические – в соответствии с классификацией

- рентгенологические – грануляции (зернистость) слизистой, эрозии и язвы, зубчатость контуров, сморщивание
- гистологические – воспалительная инфильтрация лимфатическими и плазматическими клетками, расширение желез, опустошение бокаловидных клеток, абсцессы крипт, эрозии и язвы с подрывными краями.

Перечень основных диагностических мероприятий:

При проведении обследования преимущество отдают ректороманоскопии или колоноскопии. Эти исследования позволяют выявить НЯК практически во всех случаях. При подозрении на БК проводят контрастную рентгенографию с пассажем бариевой извести.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

Необходимо проведение биопсии.

Тактика лечения:

На амбулаторном этапе проводят лечение обострений НЯК и БК с легким течением заболевания, а также поддерживающую и противорецидивную терапию у больных, выписанных из стационара. Хотя верификация НЯК и БК основывается на эндоскопическом и контрастном рентгенологическом обследовании кишечника, следует учитывать опасность данных манипуляций у больных в острой фазе заболевания из-за вероятности перфорации кишечника. Исходя из этого, проведение ректороманоскопии, колоноскопии и ирригоскопии нежелательно у пациентов с ранее верифицированным диагнозом.

Условием успешного лечения НЯК и БК является соблюдение диетического режима. Рекомендуется вареная и приготовленная на пару протертая пища с ограничением клетчатки, жира и индивидуально непереносимых продуктов (как правило, молока).

В лечении НЯК и БК доказана эффективность 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоидов и цитостатиков.

Базисная терапия заключается в назначении препаратов 5-аминосалициловой кислоты. Используют Месалазин в дозе 2-4 г/сутки преимущественно в таблетированной форме, или Сульфасалазин^А (2-8 г/сутки, обязательно в сочетании с фолиевой кислотой, 5 мг/сутки). Предпочтение отдается Месалазину, менее токсичному и оказывающему меньшие побочные эффекты. При наличии перианальных поражений в комплекс лечебных мероприятий включают Метронидазол в дозе 1,0-1,5 г/сутки. Дополнительные препараты (антибиотики, пребиотики, ферменты и др.) назначают по показаниям. По достижении ремиссии пациенты должны получать в течение, как минимум, 2 лет поддерживающую терапию Месалазином или Сульфасалазином (2 г/сутки). При непереносимости препаратов 5-аминосалициловой кислоты используют преднизолон (10-30 мг через день). Азатиоприн в качестве поддерживающей терапии назначают пациентам, у которых ремиссия достигнута его применением (50 мг/сутки). Динамическое наблюдение по достижении ремиссии заключается в проведении эндоскопического исследования не реже одного раза в 2 года на протяжении 8 лет.

Перечень основных медикаментов:

Препараты 5-аминосалициловой кислоты

1. *Месалазин 250 мг, 500 мг табл
2. *Сульфасалазин 500 мг, табл

Глюкокортикостероиды

1. *Метронидазол 250 мг, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Азатиоприн 50 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап: Исчезновение патологических примесей в кале, купирование болей в животе, нормализация стула, регрессия системных проявлений.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Гвидо Адлер. Болезнь Крона и язвенный колит. М., «Гэотар – мед», 2001.

2. Management of ulcerative colitis. Society of Surgery of the alimentay tract. 2001.
3. American college of Radiology. Imaging recommendations for patients with Crohn,s disease. 2001.
4. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002.

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

Органический психосиндром

Код протокола: 19-160в

Профиль: терапевтический (психиатрический)

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

В зависимости от показаний к госпитализации:

1. Купирование психопродуктивной, психопатоподобной симптоматики. Купирование или нивелирование другой симптоматики в зависимости от клинических проявлений, улучшение качества жизни;
2. обеспечение социальной помощи психически больным;
3. проведение различных экспертиз;
4. подбор терапии;
5. окончания сроков принудительного лечения (по решению суда).

Длительность лечения:

45 - 60 дней - зависит от выраженности, динамики клинических проявлений, эффективности проводимой терапии, других факторов.

Возможно изменение сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно – правовыми актами Республики Казахстан:

- отказ от лечения (ст. 12 «Отказ от лечения», ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1) – на любом этапе лечения;
- принудительное лечение (может быть прекращено только по решению суда – сроки не ограничены);
- различные экспертные вопросы (МСЭК, судебно – психиатрическая экспертиза – 30 дней, военная экспертиза – 30 дней, по линии общественно – консультативного экспертного совета – 30 дней);
- возможны побег.

Коды МКБ:

F-01 Сосудистая деменция:

F-01.0 Сосудистая деменция с острым началом;

F-01.1 Мультиинфарктная деменция;

F-01.2 Субкортикальная сосудистая деменция;

F-01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция;

F-01.8 Другая сосудистая деменция;

F-01.9 Сосудистая деменция, неуточненная.

F-02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других разделах.

F-03 Деменция, неуточненная.

F-04 Органический амнестический синдром (не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами).

F-05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами.

F-05.0 Делирий, не возникающий на фоне деменции;

F-05.1 Делирий, возникающий на фоне деменции;

F-05.8 Другой делирий;

F-05.9 Делирий, неуточненный.

F-06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие болезни:

F-06.0 Органический галлюциноз;

F-06.1 Органическое кататоническое расстройство;

F-06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство;

F-06.3 Органические (аффективные) расстройства;

F-06.4 Органическое тревожное расстройство;

F-06.5 Органические диссоциативные расстройства;

F-06.6 Органические эмоционально лабильные расстройства;

F-06.8 Другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни;

F-06.9 Неуточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни.

Определение:

Органический психосиндром (психоорганический синдром, энцефалопатический синдром) – это различные синдромы, возникающие вследствие органического поражения головного мозга. Проявления этого синдрома чрезвычайно разнообразны. В соответствии с МКБ-10 выделяются 2 группы по преимуществу клинических появлений:

- расстройства когнитивных функций (память, интеллект, обучение, внимание и др.);
- расстройства восприятия, содержания мыслей, эмоций, поведения.

Классификация: по кодам МКБ-10

Факторы риска:

1. Факторы, связанные с непосредственным поражением головного мозга: эпилепсия, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания (менингиты, энцефалиты), инсульты головного мозга в анамнезе.
2. Факторы, связанные с системными заболеваниями, при которых мозг поражается как одна из систем организма:
 - а) заболевания сердечно – сосудистой системы;
 - б) заболевания печени (например: печеночные энцефалопатии);
 - в) заболевания мочевыделительной системы (например: уремическая энцефалопатия);
 - г) нарушения эндокринной системы.
3. нарушения обмена электролитов, частые инфекции с лихорадочными состояниями.
4. отравление лекарствами, различными ядами, газами;
5. Атрофические, димиелинизирующие и дегенеративные процессы (болезни Пика, Альцгеймера, Паркинсона, Вильсона и др.).
6. Аутоиммунные заболевания.
7. Опухолевый процесс (мозговой и внемозговой локализации).
8. Асфиксии

Поступление: плановое, неотложное, недобровольное.

Показания для госпитализации:

1. Нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно – восстановительных мероприятиях в условиях стационара – неправильное (неадекватное) поведение вследствие продуктивной симптоматики (психомоторное возбуждение, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность, депрессивные и маниакальные состояния, суицидальные тенденции, психопатоподобные проявления, дисфории и т.д.);

2. состояния беспомощности вследствие дефицитарной симптоматики;

3. социальные показания;

4. больные направленные судебными органами в установленном порядке на принудительное лечение;

5. лица, направленные в установленном порядке на стационарную судебно – психиатрическую, военную экспертизы;

6. лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов;

7. необходимости подбора терапии.

Показания для недобровольной госпитализации (ст. 29 ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1):

1. непосредственная опасность для себя и окружающих;

2. беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;

3. существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Показания для неотложной госпитализации (приложение № 10 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13 мая 1998 года № 269):

1. психомоторное возбуждение, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность вследствие острого психотического состояния, частые дисфории;
2. систематизированные бредовые синдромы, если они определяют вероятность общественно – опасного поведения больных;
3. суицидальные тенденции;
4. маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих;
5. психопатоподобные синдромы с патологией влечений и повышенной поведенческой активностью;
6. состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество.

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне правильным поведением.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Консультация психиатра;
2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);
3. Микрореакция (или кровь на RW).

Необходимый объем обследований перед недобровольной и неотложной госпитализацией:

1. Осмотр психиатра, в том числе в приемном покое психиатрического стационара.

Критерии диагностики:

Наличие четкой этиологии, заключающейся в церебральных заболеваниях, черепно-мозговых травмах и других повреждениях или дисфункциях, приводящих к церебральной дисфункции и психопатологических проявлений, возникших на этом фоне, которые можно условно подразделить на две группы: 1) поражение когнитивных функций; 2) расстройства восприятия, мышления, настроения и эмоций, общего склада личности и поведения.

В данный протокол не включены расстройства возникшие на фоне приема психоактивных веществ.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Консультация: невропатолога;
6. Экспериментально – психологическое обследование (первичное).

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Экспериментально – психологическое обследование (повторное);
2. Компьютерная томография головного мозга;
3. Рентген черепа;
4. Флюорография легких;
5. Микрореакция;
6. Исследование кала на диз.группу;
7. Исследование кала на я/г;
8. Электрокардиография;
9. Электроэнцефалография;
10. Ультразвуковая доплерография;
11. Консультация терапевта;

Тактика лечения: При верифицированном диагнозе органического заболевания мозга применяется этиотропное лечение: антибиотики, противовирусные, гормональные препараты, иммунотерапия и др.

Патогенетическая терапия: детоксикация, дегидратация, средства, нормализующие мозговую гемодинамику и мозговой метаболизм.

Симптоматическая терапия: противосудорожные препараты, рассасывающие, сосудистые и другие средства, психотропные препараты. Ниже приведены медикаменты с рекомендуемыми дозами (дозы могут варьировать в зависимости от состояния пациента, развития побочных эффектов, терапевтической целесообразности) и при каких состояниях они могут быть назначены, выбор которых определяется врачом – психиатром в каждом конкретном случае:

- Пирацетам – в/в 10 – 20 мл 20% раствора в течение 10 дней, с последующим переводом на пероральные формы введения в суточной дозе 1,2 – 4,8 г. в сутки, в три приема – положительное влияние на обменные процессы и кровообращение головного мозга, увеличение энергетического потенциала в организме;

- Винпоцетин – 0,5% раствор 2 мл, вводится в/в капельно от 10 до 20 мг на 200-400мл физиологического раствора с переходом на прием внутрь по 5-10 мг 2-3 раза в сутки. Возможен переход на внутривенный прием Кавинтона-форте. – оказывает сосудорасширяющее действие, усиливает кровоток, улучшает снабжение мозга кислородом, способствует утилизации кислорода;

- Циннаризин применяют внутрь после еды 0,25 x 3 раза в день – положительно влияет на мозговое и периферическое кровообращение, улучшает микроциркуляцию, повышает устойчивость тканей к гипоксии, обладает также противогистаминной активностью;

- Фуросемид - мочегонные средства применяются по схеме - (3 – 5 циклов по три дня с перерывами в 2 дня) вместе с аспаркамом;

- Вальпроевая кислота от 300 мг до 1200 мг, в качестве нормотимика и противосудорожного средства;

- Карбамазепин от 300 до 900 мг в сутки в качестве нормотимика и противосудорожного препарата;

- Ламотриджин 200мг в сутки в качестве нормотимика и противосудорожного препарата

- Хлорпромазин (амп.) 2,5% раствор - 2,0 x 3р. в сут., курсом 10 дней - купирование психомоторного возбуждения (максимальная разовая 150 мг, суточная 1000 мг), с возможным последующим переводом на пероральный прием аминазина от 25 – 50 мг в сутки до достижения терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 300 мг, суточная 1500 мг) – упорядочение поведения, купирование психомоторного возбуждения (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить по контролем артериального давления при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;

- Левомепромазин при возбуждении начинают с парентерального введения 0,025 – 0,075 г (1-3 мл 2,5% раствора), при необходимости увеличивают суточную дозу до 0,2 – 0,25 г в сутки (иногда до 0,35 – 0,5 г) при в/м введении и до 0,75 – 0,1 г. при введении в вену. По мере терапевтического эффекта парентеральное введение постепенно заменяют на пероральное. Внутрь назначают по 0,05 – 0,1 г.(до 0,3 – 0,4г) в сутки. Курсовое лечение начинают с суточной дозы 0,1-0,3 г. внутрь и до терапевтического эффекта. К концу стационарного лечения дозу постепенно уменьшают и назначают для поддерживающей терапии 0,025 – 0,1 г в сутки. – перорально с начальной дозы 25мг, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 100мг) - общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, устранение психомоторного возбуждения, тревоги (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить по контролем артериального давления при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;

- Клозапин назначаю внутрь после еды, 2 – 3 раза в день. Начальная доза 25 мг х 2 – 3 раза в сутки, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта в среднем 200-400 мг в сутки (максимально до 600 мг) - общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, не вызывает общего сильного угнетения, как аминазин и другие алифатические фенотиазины;

- Тиоридазин начальные дозы от 50 – 100 мг в сутки с постепенным повышением до терапевтического эффекта (максимально 600 мг/сут);

- Диазепам при возбуждении, приучении судорожных пароксизмов, начальная доза 10 мг в сутки, максимальная 60 мг в сутки, дробно в 2, 3 приема;

- Галоперидол 5% - 2,0 х 3р в сутки, курсом 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в дозе 15 – 30 мг в сут. (возможно до 50 – 60 мг в сут.), с дальнейшим регулированием дозировок с учетом динамики оказывает избирательное антипсихотическое действие на галлюцинации, бредовые расстройства с седативным эффектом (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе), в последующем необходимо снижение до поддерживающих доз для предотвращения обострений 5 – 15 мг в сут.;

- Трифлуоперазин начальная доза 10мг в сут., с постепенным повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная доза до 100-120мг) – психотропное действие характеризуется сочетанием нейролептического эффекта с умеренным стимулирующим компонентом, избирательное антипсихотическое действие широкого спектра и отчетливо адресуется к психопродуктивной симптоматике, в первую очередь к бреду, галлюцинациям, кататонической симптоматике;

- Рисперидон - оральный раствор 30 мл (1 мл – 1 мг), начальная доза 2мг в сутки, средняя терапевтическая доз 4 – 6 мг не всегда требует назначений дополнительного применения корректоров (циклодола, акинетона). Воздействие на продуктивную и негативную симптоматику, а также сопутствующие аффективные расстройства. Благодаря сбалансированному дофамино-серотониноэргическому антагонизму, позволяет достичь глубокой ресоциализации пациентов, удлинению сроков ремиссии, сокращает количество обострений и сроки стационарного лечения. Улучшение качества жизни и лучшей социальной адаптации;

- Тригексифенидил 0,002 х 2 - 3 раза в сутки, - для предупреждения нейролептического синдрома;

При наличии депрессивной симптоматики, назначаются антидепрессанты:

- Амитриптилин 2,0 в/м х 3раза в день с повышением дозы до 120мг в/м (возможно в/в введение на физ. р-ре) до 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в начальная доза 75-100мг в сутки с повышением до терапевтического эффекта (максимальная доза 450 мг в сутки) – особенно эффективен при тревожно – депрессивных состояниях, уменьшает тревогу, агитацию и собственно депрессивные проявления, также обладает седативным эффектом. Его не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО;

- Флуоксетин при адинамических депрессиях начиная с 20мг утром с повышением дозы до 60мг. В отличие от амитриптилина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки;

- Милнаципран – капсулы 50 мг х 2 раза в сутки, при отсутствии терапевтического эффекта возможно повышение дозы до 200 мг в сутки (100 мг х 2 раза) (рекомендуемые терапевтические дозы 50-150 мг в сут.) – оказывает сбалансированное действие на депрессивные состояния различной степени тяжести, минимизация побочных эффектов, возможность назначения у пациента с сопутствующими соматическими заболеваниями.

Всем больным необходим контроль артериального давления.

При резистентных формах могут применяться следующие приемы:

- **«одномоментная отмена психотропных препаратов»**, «ножницы», «зигзаг».

В лечении необходимо применение различных видов и форм психотерапии:

1. групповая, которая должна включать в себя:

- поведенческая психотерапия – в целях адаптации пациента в современных условиях, развитие навыков, для облегчения ресоциализации;

- когнитивная – осознания заболевания, болезненности болезненных переживаний, необходимости приема лечения и т.д.;

- группы общения, поддержки – улучшение качества жизни.

2. Семейная психотерапия – работа с родственниками пациентов:

- системная - необходимость обучения поведения членов семьи пациента, в соответствии с клиническими проявлениями;

- стратегическая – возможные перспективы у пациента, как добиться наиболее благоприятных перспектив;

- рациональная – информация про заболевание, возможные исходы и т.д.

3. Индивидуальная (как правило, рациональная).

Также при лечении органического психосиндрома в зависимости от состояния возможно применение ЛФК индивидуальной, электросна.

Перечень основных медикаментов:

1. *Диазепам 0,5% раствор – 2мл; таблетки 0,005
2. *Пирацетам 20% - 5, 10 мл (ампулы)
3. *Винпоцетин 0,5% - 2 мл (ампулы)
4. *Фуросемид таблетки 0,04
5. *Аспаркам таблетки
6. *Карбамазепин таблетки 0,1; 0,2 мг
7. *Ламотриджин таблетки 0,05; 0,1; 0,2
8. *Хлорпромазин 2,5% раствор - 2 мл; драже, таблетки 0,025; 0,05
9. Левопромазин 2,5% раствор - 1 мл; таблетки 0,025
10. *Клозапин таб. 0,025, 0,1
11. Тиоридазин таб. 0,01; 0,025; 0,1
12. *Амитриптилин 1% раствор - 2 мл; таблетки 0,025
13. *Имипрамин 1,25% раствор – 2 мл; таблетки 0,025
14. *Флуоксетин капсулы 0,02
15. Милнаципран капсулы 0,025, 0,05
16. *Вальпроевая кислота таблетки 0,3, 0,5
17. *Галоперидол 5% раствор - 2 мл; таблетки 0,0015; 0,005
18. *Трифлуоперазин 0,2% раствор – 1 мл; таблетки 0,001; 0,005
19. *Рisperидон раствор для приема внутрь 30 мл (1 мл – 1мг)
20. *Тригексифенидил табетки 0,002

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

Достижение терапевтической (медикаментозной) ремиссии, подбор поддерживающей терапии, окончание экспертных вопросов, принудительного лечения, решение социальных вопросов.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002.
4. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова, Т 1-2. – Москва «Медицина», 1999.
5. Общая психопатология (Руководство для врачей)/Под руководством Н.Т.Измайловой.
6. Джекобсон Дж., Джекобсон А. Секреты психиатрии. Москва – 2005

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

Острый инфаркт миокарда, осложненный

Код протокола: 05-054в

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

- реабилитация больного острым инфарктом миокарда с учетом осложнений;
- стабилизация состояния;
- уменьшение степени выраженности осложнений, степень активности не менее IVБ;
- инфаркт миокарда в стадии рубцевания на ЭКГ.

Длительность лечения: постоянно, срок нетрудоспособности 7-10 дней

Коды МКБ I21 Острый инфаркт миокарда

Определение: Инфаркт миокарда - гибель кардиомиоцитов (некроз), обусловленная пролонгированной ишемией

Классификация:

Классификация инфаркта миокарда как формы ИБС (рабочая группа экспертов ВОЗ, 1979; Е.И. Чазов, 1982)

По формам заболевания:

1. Острый инфаркт миокарда:
 - определенный;
 - возможный
2. Перенесенный инфаркт миокарда:

По площади поражения:

- мелкоочаговый;
- крупноочаговый

По локализации:

- передний;
- боковой;
- задний (нижний);
- перегородочный и т.д.

По глубине поражения:

- трансмуральный;
- интрамуральный;
- субэпикардальный, субэндокардальный.

По периодам течения:

- продромальный период (прединфарктное состояние);
- острейший период;
- острый период;
- подострый период;
- постинфарктный период.

Атипичные формы инфаркта миокарда

- астматическая;
- гастралгическая;
- аритмическая;
- церебральная;
- бессимптомная и др.

Осложнения инфаркта миокарда:

1. Кардиогенный шок: рефлекторный, истинный, ареактивный, аритмический;
2. Острая сердечная недостаточность: левожелудочковая (сердечная астма, отек легких), правожелудочковая ;

3. Нарушение сердечного ритма и проводимости (экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, трепетание и мерцание предсердий и желудочков, атриовентрикулярный ритм, блокады сердца).

4. Тромбоэмболии (вследствие внутрисердечного тромбоза).

5. Разрыв стенки желудочка сердца, межжелудочковой перегородки, сосочковой мышцы.

6. Прочие (парез желудка и кишечника, эрозивный гастрит, панкреатит, психические расстройства, синдром Дресслера, эпистенокардический перикардит и др.).

Факторы риска: мужской пол, пожилой возраст, дислипотеинемия, артериальная гипертензия, курение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем.

Поступление: экстренное

Показания для госпитализации:

1. наличие острого коронарного синдрома;
2. наличие острого инфаркта миокарда и его осложнений.

Критерии диагностики:

- болевой синдром продолжительностью более 20 мин.
- нестабильность гемодинамики.
- неэффективность нитроглицерина.
- изменения на ЭКГ.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Определение глюкозы
4. Определение креатинфосфокиназы (КФК)
5. Измерение артериального давления
6. Антропометрия
7. Коагулограмма крови (основные тесты)
8. Определение калия/натрия
9. Электрокардиограмма
10. Эхокардиография
11. Определение времени свертываемости капиллярной крови
12. Определение бета-липопротеидов
13. Определение холестерина
14. Определение холестерина липопротеидов высокой плотности
15. Определение триглицеридов
16. Определение АЛТ
17. Определение АСТ
18. ИФА тропонин
19. ИФА миоглобину
20. Определение билирубина
21. Определение мочевины
22. Определение креатинина
23. Проба Реберга
24. Исследование кала на скрытую кровь
25. УЗИ органов брюшной полости

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Суточное мониторирование по Холтеру
2. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях

Тактика лечения:

- купирование болевого приступа;
- восстановление коронарного кровотока;

- ограничение зоны инфаркта и профилактика осложнений;
- физическая и психическая реабилитация.

Перечень основных медикаментов:

1. *Морфина гидрохлорид в амп 1% 1 мл
2. *Тримеперидин 1% 1 мл, амп
3. *Фентанил 0,005%, амп
4. *Дроперидол 0,25% 10 мл, фл
5. *Стрептокиназа 1500000 ЕД, фл
6. *Алтеплаза 50 мг, фл
7. *Гепарин, р-р д/и 5000ЕД/мл фл
8. Фраксипарин, р-р д/и 40 - 60 мг
9. Надропарин кальций, р-р 60 мг
10. *Ацетилсалициловая кислота 300мг, 500 мг табл
11. *Ацетилсалициловая кислота 325мг, табл
12. Клопидогрель 75 мг, табл
13. *Изосорбид динитрат 0,1% по 10 мл, амп
14. *Изосорбид динитрат 20 мг, табл
15. *Изосорбид динитрат, аэроз доза
16. *Нитроглицерин 0,5 мг, табл
17. *Атенолол 50 мг, табл
18. Карведилол 25 мг, табл
19. Бисопролол 5 мг, табл
20. *Метопролол 25 мг, табл
21. Дилтиазем 90 мг, капс
22. *Верапамил 40 мг, табл
23. *Амлодипин 5 мг, табл
24. Каптоприл 25 мг, табл
25. Фозиноприл 10 мг, табл
26. *Периндоприл 4 мг, табл
27. *Эналаприл 10 мг, табл
28. Симвастатин 20 мг, табл
29. *Фуросемид 40 мг, табл
30. *Фуросемид, 40 мг амп
31. *Спиронолактон 100 мг, табл
32. *Гидрохлортиазид 25 мг, табл
33. *Амиодарон 200 мг, табл
34. *Амиодарон 150 мг, амп
35. *Диклофенак 75 мг, амп
36. *Преднизолон 30 мг, амп
37. *Преднизолон 5 мг, табл
38. *Диазепам 2,0 амп
39. *Диазепам 5 мг, табл
40. *Инсулин человеческий, растворимый, биосинтетический, р-р д/и 100ЕД/мл
41. Калия хлорид 4% 10,0 амп
42. *Глюкоза 5% 200 мл
43. *Натрия хлорид, р-р д/инфуз 0.9% фл пласт 500мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Цефазолин 1 г пор д/и, фл
2. Триметазидин 20мг, табл
3. *Токоферол ацетат 30 % 1 мл, амп
4. *Атропин 0,1% 1 мл, амп
5. *Дигоксин 25 мг, табл

6. *Дигоксин 0,025% 1 мл, амп
7. Фруктозо-дифосфат 5мл, амп
8. Тианептин 12,5 мг, табл
9. *Лидокаин 2%, 10 % 2 мл амп,
10. *Допамин 5мл, амп
11. *Аминофиллин амп, 2,4% 5 мл
12. *Эпинефрин амп, 0,18% 1 мл

Критерии перевода на следующий этап:

При выписке из стационара с улучшением состояния направляется к кардиологу по месту жительства для дальнейшего наблюдения.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд., «ГЕОТАР-МЕД», 2002
2. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Вып. 3, изд-во Медиа Сфера, 2004
3. Clinical Evidence. The Internatuonal source of the best available evidence for effective health care. BMJ. Acute myocardial infarction. www.clinicalevidence.com
4. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004. Available at www.acc.org/clinical/guidelines/stemi/index.pdf. © 2004 by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc.
5. Consilium-medicum, т. 2, №9, 2000. Инфаркт миокарда. В.В. Гордецкий.

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

Код протокола: 21-177е

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. прекращение воздействия токсического вещества;
2. профилактика и лечение осложнений;

Длительность лечения: 2 - 7 дней, в зависимости от токсических свойств поступившего в организм химического вещества, его дозы, от степени тяжести отравления, развития осложнений.

Коды МКБ: Т 42.4 Отравление бензодиазепинами

Т 43.3 – Т 43.5 Отравление нейролептиками

Т 39.0 Отравление ацетилсалициловой кислотой

Т 39.1 Отравление парацетамолом

Т 46.1 Отравление блокаторами кальциевых каналов

Т 46.2 Отравление β-блокаторами

Определение: **Отравление** – патологическое состояние, вследствие взаимодействия организма и ядовитого вещества, поступившего из вне.

Классификация:

1. острые, хронические
2. случайные, преднамеренные
3. бытовые, производственные
4. индивидуальные, групповые, массовые
5. по пути проникновения (перкутанные, пероральные, инъекционные, ингаляционные и др.)
6. по степени тяжести (легкие, средней степени, тяжёлые)

Факторы риска: психические и наркологические заболевания, психо-эмоциональная неустойчивость, нарушение техники при обращении с химическими веществами и продуктами.

Поступление: экстренное

Показания для госпитализации: отравления средней и тяжелой степени, развитие осложнений, угрожающих жизни, суицидальные отравления, отравление без клинических проявлений к моменту поступления в зависимости от степени риска отравления.

Критерии диагностики:

-Отравление бензодиазепинами

Жалобы: слабость, сонливость, головную боль, шаткость походки. Данные токсикологического анамнеза. Клинические проявления: смазанная замедленная речь, атаксия, миоз в раннем периоде отравления, оглушение, потеря сознания, угнетение рефлексов. В тяжёлых случаях: угнетение дыхания, брадикардия, гипотензия с развитием шока, гипотермия, мидриаз в результате гипоксического поражения мозга.

-Отравление нейролептиками (производные фенотиазина; производные тиоксантена; производные бутирофенона):

Жалобы: на слабость, сонливость, головокружение, вялость, тошноту, рвоту, чувство тяжести в эпигастрии.

Клинические проявления: в клинике отравления выделяют 2 типа течения интоксикации: отравление с преобладанием угнетения дыхательного центра и отравления с преобладанием сосудистого коллапса и развитием экзотоксического шока. Возможен переход первого типа во второй. Клинические проявления характеризуются вялостью, адинамией, сонливостью, нарушениями походки. Тонус мускулатуры снижен. В дальнейшем наступает длительный сон. Зрачки расширены, но может быть и миоз. Кожа и слизистые сухие. При отравлениях средней

степени тяжести – угнетение нервной системы на фоне которого проявляются признаки антихолинэргического синдрома. Возможны дистонии мышц, ригидность мышц затылка с тризмом, вынужденными гримасами, спастичностью конечностей, кривошеей. Могут быть судороги типа атетоза. Со стороны ССС: на ЭКГ инверсия зубца Т, смещение ST, появление дополнительных зубцов, иногда возникает экстрасистолия, АВ блокада. Тахикардия до 120 уд. в 1 минуту, АД снижено, дыхание ослаблено, может быть одышка. Отравления тяжёлой степени характеризуются комой, нарушениями дыхания, кожа бледная, цианотичная, холодный липкий пот, реакция зрачков на свет исчезает, сердечная деятельность ослабевает, АД падает, пульс учащён, слабого наполнения. Часто возникают судороги клонического и тонического характера. Смерть в результате паралича дыхательного центра и острой сердечной недостаточности. При тяжёлых отравлениях характерно развитие отёка лёгких и реже отёка мозга. Среди осложнений отмечают нефропатию, паралич мускулатуры мочевого пузыря, динамическую кишечную непроходимость, рабдомиолиз, токсическую гепатопатию, вторичная инфекция со стороны лёгких.

-Отравление ацетилсалициловой кислотой

Жалобы: рвота, иногда кофейной гущей, одышка, потливость, шум в ушах, беспокойство, вялость.

Клинические проявления: нарушения КОС организма: в начале компенсаторный дыхательный алкалоз, по мере истощения компенсаторных возможностей – метаболический ацидоз.

Клиническая картина отравления протекает в две фазы. 1-я: не менее 6 часов после приёма – головная боль, шум в ушах, тахикардия, одышка более 50 в мин., тошнота, рвота, психомоторное возбуждение. 2-я фаза: спустя 12 часов - сопор, кома, выраженная одышка, гипертермия, гиповолемия, судороги, нарушение функции кишечника, нарушение гемокоагуляции, возможны желудочно-кишечные кровотечения, некардиогенный отёк лёгких, коллапс.

-Отравление парацетамолом

Жалобы: боль в животе, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, слабость, сонливость.

Клинические проявления: в клинике отравления парацетамолом встречаются три последовательные стадии. В I стадии неспецифические симптомы могут наблюдаться в течение 14 часов после приема и продолжаться до суток и более. Как правило, преобладают желудочно-кишечные расстройства, отсутствуют выраженные признаки угнетения ЦНС. Признаков поражения печени нет, уровень аминотрансфераз находится в пределах нормы. Во II стадии их уровень повышается, кроме этого может выявляться повышение билирубина и удлинение протромбинового времени. Если через 2 суток показатели функции печени находятся в пределах нормы, как правило, не следует ожидать значительного повреждения печени. В III стадии, максимально проявляющейся на 3-и - 5-е сутки, характерно повышение уровня ЛДГ, АЛТ, билирубина. Протромбиновое время удлинняется, что может сопровождаться кровотечениями; возможно повреждение миокарда и почек, однако их выраженность значительно меньше, чем печени. В тяжёлых случаях развиваются симптомы некротического поражения печени: желтушность, гипогликемия, нарушение свёртываемости крови, энцефалопатия.

-Отравление блокаторами кальциевых каналов

Жалобы: тошнота, рвота, головокружение, замедление сердцебиения, общая слабость.

Клинические проявления: Легкая степень: Сознание сохранено, на ЭКГ - умеренная брадикардия (60-50 в минуту), замедление АВ проводимости до 0,20-0,22 сек, неполная блокада ножек пучка Гиса (0,09-0,11 сек), слабость, АД в пределах нормы. Средняя степень: Общая слабость, на ЭКГ-АВ-или синоатриальная блокада 1-2 степени, в 30% возможно развитие полной блокады ножек пучка Гиса. Бледность кожных покровов, АД 110/60 мм рт.ст. Ритм 55-40 в мин. Тяжелая степень отравления. Резко выраженная брадикардия (менее 40 в 1

минуту), бледность, мраморность кожных покровов; АД 90/60-70/40 мм.рт.ст., пульс слабого наполнения, редкий, тоны сердца глухие. На ЭКГ-АВ или синоатриальная блокада 2-3 степени с резким расширением комплекса QRS до 0,16-0,18 сек. Эта степень в 38% дает острую контрактильную недостаточность сердца и его внезапную остановку в первые 3-12 часов с момента приема препарата.

-Отравление β-адреноблокаторами

Клинические проявления: После приема токсичной дозы следует ожидать нарушения частоты и ритма сердечных сокращений (брадикардический тип, иногда вплоть до тотального блока), проявления недостаточности миокарда, а также, в зависимости от дозы и исходного состояния организма, снижение (или подъем) АД, что приводит к кардиогенному шоку или отеку легких. Возникает бронхоспазм, проявляющийся диспноэ, цианозом; развивается ацидоз, гипогликемии. Возможны усталость, головная боль, тошнота, понос, сухость во рту, в исключительных случаях - депрессия, галлюцинации, возбуждение, судороги, расстройства зрения. Степень тяжести клинического течения отравлений бета АБ преимущественно связана со степенью выраженности первичного специфического кардиотоксического эффекта (ПКЭ). Легкая степень отравления: Сознание полностью сохранено. В отдельных случаях отмечается тошнота, реже рвота, умеренная брадикардия 50 - 55 в минуту. АД в пределах нормы. На ЭКГ: синусовая брадикардия; в отдельных случаях АВ - блокада 1-ой степени с уширением сегмента PQ до 0,22 - 0,26 сек. Отравления средней тяжести: Отмечается более выраженная брадикардия (пульс до 40 минуту), сопровождающаяся умеренными признаками клинического синдрома малого выброса сердца; редкий мягкий пульс, бледность кожных покровов, некоторая заторможенность. АД умеренно снижено до 100/60 - 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ: синусовая брадикардия 45 - 55 сокращений в минуту, нарушение проводимости в синоатриальной зоне сердца, возможно замедление внутри желудочковой проводимости в виде неполной или полной блокады ножек пучка Гиса (QRS до 0,12 сек), небольшие метаболические изменения миокарда по типу гипокалиемии, что соответствует умеренному снижению концентрации калия в крови. Изменения центральной гемодинамики: нормальный или несколько сниженный УОК, снижение МОК за счет брадикардии, компенсаторное повышение ОПСС. Сократительная функция сердца (СФС) снижена на 20 - 30%. Тяжелая степень отравления: Тяжесть клинического течения обусловлена развитием острой контрактильной недостаточности сердца и кардиогенного шока. На ЭКГ: выраженный ПКЭ угрожающей формы: полная блокада одной из ножек пучка Гиса с уширением комплекса QRS свыше 0,12 сек и его деформацией. Синусовая брадикардия менее 40 сокращений сердца в минуту. Возможно также развитие СА - и АВ - блокады 2-ой степени 2-ого типа с длительными периодами асистолии (1:3 - 1:4) с переходом в редкий узловый ритм. Указанные формы нарушений могут вызвать внезапную асистию. Клинически наблюдаются выраженные симптомы кардиогенного шока: редкий пульс слабого наполнения, бледность (мраморность) кожных покровов, мидриаз, периодичная спутанность сознания, низкое АД. Показатели центральной гемодинамики при этом свидетельствуют о снижении сердечного выброса и повышении ОПСС в 2,5 - 3,5 раза от должного, СФС снижена на 50 - 70%. Нарушения гомеостаза соответствуют шоковой реакции - гипокалиемия, ацидоз, снижение показателей кислородного градиента в крови.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Тест на содержание токсического вещества в моче
2. Общий анализ крови (6 параметров)
3. Определение концентрации токсического вещества в крови

4. Общий анализ мочи
5. Определение калия/натрия
6. Определение кальция
7. Определение хлоридов
8. Определение остаточного азота
9. Определение креатинина
10. Определение общего белка
11. Определение АЛТ
12. Определение билирубина
13. Микрореакция
14. Электрокардиограмма
15. Кардиомониторирование
16. Исследование кислотно-основного состояния
17. Определение АСТ
18. Кал на яйца гельминтов
19. Коагулограмма
20. Газы крови
21. Эзофагогастродуоденоскопия
22. УЗИ печени, поджелудочной железы, почек
23. Консультация психиатра

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Определение глюкозы
2. Определение диастазы
3. Тест на содержание алкоголя в моче (по Карандаеву)
4. Консультация невропатолога

Тактика лечения:

- 1) Стабилизация функций жизненно важных органов (дыхательная, сердечно-сосудистая, нервная системы)
- 2) Детоксикационная терапия:
 - а) очищение желудка путем стимуляции рвоты (если нет противопоказаний) или промывания через зонд;
 - б) очищение кишечника: макрогол 4000 3-4 л. или очистительная клизма; неостигмин 0,05% 1,0 в/м.
 - в) активированный уголь перорально 1г/кг массы тела;
 - г) гемодилюция (инфузионная терапия): раствор натрия хлорида 0,9%, натрия лактата, раствор натрия ацетата, раствор натрия гидрокарбоната 4%, декстран, раствор декстрозы 5% до 3 литров/сутки, при необходимости - форсированный диурез до 6-7 л/сут;
 - д) антидотные средства (в зависимости от токсического агента);

При отравлении β -адреноблокаторами назначают глюкагон (начальная доза 4-10 мг внутривенно) обладает положительным инотропным действием.

При отравлении нифедипином, верапамилем, дилтиаземом – введение высоких доз препаратов кальция внутривенно (глюконат кальция 2-3 г) и адреномиметиков. Лаваж кишечника показан, если отравление произошло препаратом пролонгированного действия.

Антидот при отравлении бензодиазепинами – флумазенил. Вводят 0,3 мг внутривенно в течение 15 с. Можно повторять введение препарата каждую минуту до общей дозы 2 г. Флумазенил оказывает кратковременное действие.

При отравлении парацетамолом - ацетилцистеин 140мг/кг per os или в/в 20% раствор ацетилцистеина 150мг/кг на 5% растворе декстрозы, для профилактики развития токсической гепатопатии назначают гепатопротекторы.

е) при тяжёлых отравлениях, по показаниям – детоксикационная гемосорбция, гемодиализ, плазмоферез, лазерная терапия крови.

3) Симптоматическая терапия направлена на купирование симптомов токсического поражения органов и систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем, желудочно-кишечного тракта), нормализация кислотно-щелочного и водно-электролитного баланса.

а) при отравлении ацетилсалициловой кислотой назначают Н2-блокаторы: ранитидин, омепразол; антациды: смектит.

б) при психомоторном возбуждении – седативные препараты: диазепам 5-10 мг в/в, ГОМК.

в) при развитии ДВС- синдрома, в зависимости от стадии – гемостатики, антиагреганты, антикоагулянты ;препараты крови: свежезамороженная плазма, криопреципитат;

При суицидальных отравлениях показана консультация психиатра.

Перечень основных медикаментов:

1. *Активированный уголь 250мг, табл
2. *Макрогол 4000, пор д/оралн р-ра 74г пак
3. *Натрия гидрокарбонат 10 г, пор пак
4. *Натрия ацетат, натрия хлорид 0.9, р-р д/ в/в инфузии 400мл
5. *Декстроза, р-р д/л в/в 5% 400мл, фл
6. *Калия хлорид 4%, 7,5%, пор д/инфузии
7. *Магния сульфат 25% 20мл, амп
8. *Пиридоксин 1мл, амп
9. *Адеметионин 400мг, табл, пор д/и р-ра 400мг
10. *Пирацетам 20% 5мл, амп
11. *Натрия тиосульфат 10мл, амп
12. *Диазепам 10мг, амп
13. *Фуросемид 20мг 2мл, амп
14. *Метоклопрамид 2мл, амп
15. *Токоферола ацетат 1мл, амп
16. *Дефероксамин, пор д/и 500мг
17. *Кальция глюконат 10 мл, амп
18. *Аскорбиновая кислота 2 мл, амп
19. *Глюкагон порошок лиофилизированный во флаконе в комплекте с растворителем 1 мг
20. *Ацетилцистеин 2% 2мл, амп

Перечень дополнительных медикаментов

1. *Преднизолон 30 мг, амп
2. *Эпинефрин 1 мл, амп
3. *Атропин 1 мл, амп
4. *Допамин 5 мл, амп
5. *Инсулин растворимый, р-рд/и 100МЕ/мл
6. *Гепарин, р-р д/и 5000ЕД/мл 10 мл, фл
7. *Натрия оксибутират 20% 10 мл, амп
8. * Декстран, р-р д/и 400 мл, фл
9. *Маннитол, р-р д/и в/в 500 мл, фл
10. *Цефтриаксон 1 г, фл
11. *Флумазенил, р-р д/и
12. *Неостигмин 1мл, амп
13. *Ранитидин 20 мг, 40 мг табл
14. *Омепразол 20 мг, 40 мг табл
15. Изадрин 5мг. табл., амп.

16. *Смектит порошок для приготовления суспензии для приема внутрь
17. Препараты крови: свежезамороженная плазма, криопреципитат.
18. Кальция хлорид 10%-5мл.амп.
19. Декстран 400мл. флак.

Критерии перевода на следующий этап: полное купирование симптомов острой интоксикации и осложнений угрожающих жизни.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. PRODIGY Guidance - Poisoning www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Poisoning
2. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2-е издание, 2002 г.
3. Е.А. Лужников « Клиническая токсикология» 1999г
4. И. В. Маркова, В. В. Афанасьев « Клиническая токсикология детей и подростков» 1999г
5. Б. А. Курляндский, В. А. Филатов « Общая токсикология» 2002
6. Е. А. Лужников «Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов» 2001г
7. Байзолданов Т., Байзолданова Ш. Т. «Руководство по токсикологической химии ядовитых веществ изолируемых методом экскреции» 2003г.

Примечание:

*-препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

Параноидная шизофрения

Код протокола: 19-162а

Профиль: терапевтический (психиатрический)

Этап: стационар

Цель этапа:

В зависимости от показаний к госпитализации:

1. Купирование психопродуктивной симптоматики и нивелирование негативной симптоматики, улучшение качества жизни;
2. обеспечение социальной помощи психически больным;
3. проведение различных экспертиз;
4. подбор терапии;
5. окончания сроков принудительного лечения (по решению суда).

Длительность лечения:

35 – 90 дней – зависит от резистентности состояния, социальных факторов.

Возможно, изменение сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно – правовыми актами Республики Казахстан:

- отказ от лечения (ст. 12 «Отказ от лечения», ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1) – на любом этапе лечения;
- принудительное лечение (может быть прекращено только по решению суда – сроки не ограничены);
- различные экспертные вопросы (МСЭК – 4 месяца, судебно – психиатрическая экспертиза - 30 дней, военная экспертиза – 30 дней, по линии общественно – консультативного экспертного совета – 30 дней);
- возможны побег.

Коды МКБ:

F – 20.0 Параноидная шизофрения

F – 20.00 Параноидная шизофрения, непрерывное течение

F – 20.01 Параноидная шизофрения, эпизодическая с нарастающим дефектом

F – 20.02 Параноидная шизофрения, эпизодическая со стабильным эффектом

F – 20.03 Параноидная шизофрения, эпизодическая ремитирующая.

Определение: Шизофрения – эндогенное прогрессивное психическое заболевание, характеризующееся диссоциацией психических функций и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (бред, галлюцинации, аффективные расстройства, кататонические симптомы и др.).

Параноидная шизофрения – заболевание, характеризующееся преобладанием в клинической картине относительно стабильного, часто параноидного, бреда, обычно сопровождающегося галлюцинациями, особенно слуховыми, реже вкусовыми и обонятельными, расстройствами восприятия. Расстройство эмоциональной сферы, волевые и речевые нарушения, кататонические симптомы слабо выражены. Параноидная шизофрения наблюдается в рамках эпизодической, хронической и непрерывной шизофрении, течение заболевания не означает неизбежное хроническое развитие или нарастающий дефект.

Классификация: по кодам МКБ-10

Факторы риска:

В настоящее время причины этого заболевания полностью еще не изучены. Тем не менее, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в развитии и течении шизофрении имеют роль:

- 1) генетические факторы;
- 2) нейрохимические факторы (например, нейромедиаторы (дофамин));
- 3) психосоциальные факторы;
- 4) структурные изменения мозга (изменения в лобной, височной областях, в гиппокампе, желудочках мозга);
- 5) эндокринные изменения (тиреоидная, пролактиновая системы);

б) иммунные нарушения (Ig A, Ig G, Ig M).

Поступление: плановое, неотложное, недобровольное.

Показания для госпитализации:

1. Нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно – восстановительных мероприятиях в условиях стационара – неправильное (неадекватное поведение) вследствие продуктивной симптоматики (психомоторное возбуждение, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность, депрессивные и маниакальные состояния, суицидальные тенденции, психопатоподобные проявления и т.д.);

2. социальные показания;

3. больные направленные судебными органами в установленном порядке на принудительное лечение;

4. лица, направленные в установленном порядке на стационарную судебно – психиатрическую, военную экспертизы;

5. лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов;

6. необходимости подбора терапии.

Показания для недобровольной госпитализации (ст. 29 ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1):

1. непосредственная опасность для себя и окружающих;

2. беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;

3. существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Показания для неотложной госпитализации (приложение № 10 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13 мая 1998 года № 269):

1. психомоторное возбуждение, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность вследствие острого психотического состояния;

2. систематизированные бредовые синдромы, если они определяют вероятность общественно – опасного поведения больных;

3. суицидальные тенденции;

4. маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих;

5. психопатоподобные синдромы с патологией влечений и повышенной поведенческой активностью;

6. состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество.

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне правильным поведением.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Консультация психиатра;

2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);

3. Микрореакция (или кровь на RW).

Необходимый объем обследований перед недобровольной и неотложной госпитализацией:

1. Осмотр психиатра, в том числе в приемном покое психиатрического стационара.

Критерии диагностики:

1. Психиатрическая история болезни включает:

1) историю настоящего заболевания;

2) прошлую психиатрическую историю (анамнез объективный и субъективный);

3) психосоциальную и семейную историю.

2. Обследование пациента включает:

1) обследование соматического и неврологического статуса;

2) лабораторные, инструментальные и другие исследования;

3) экспериментально-психологическое обследование (включая стандартизованные методы).

3. Важными этапами психиатрической диагностики являются:

1) дифференциальная диагностика;

2) постановка многоосевого диагноза (с использованием других рубрик МКБ-10).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);

2. Общий анализ мочи;

3. Определение АЛТ, АСТ;

4. Определение билирубина;

5. Экспериментально – психологическое обследование (первичное);

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Электрокардиография (после 40 лет и по показаниям);

2. Кровь на сахар (после 40 лет);

3. Экспериментально – психологическое обследование (повторное);

4. Электроэнцефалография;

5. Компьютерная томография головного мозга;

6. Флюорография легких (1 раз в год);

7. Микрореакция;

8. Исследование кала на диз.группу;

9. Консультация: терапевта (по показаниям);

10. Консультация: невропатолога;

11. Исследование кала на я/г;

Тактика лечения:

Этап купирующей терапии начинается с момента начала приступа и заканчивается установлением клинической ремиссии, то есть продолжается до существенной или полной редукции психоза. При манифестации шизофрении или при очередном обострении (приступе) первоочередная задача сводится к купированию острой психотической симптоматики.

Лечение проводится с учетом:

1) психопатологической структуры приступа (обострения), которая определяет выбор психотропных средств;

2) особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения, с чем может быть связана замена или присоединение других препаратов, а также замена или присоединение других методов лечения.

Выбор конкретного препарат осуществляют с учетом спектра психотропной активности нейролептика и характера возникающих побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий. Режим дозирования, средние и максимально допустимые суточные дозы, возможный путь введения конкретного нейролептика определяют характером и выраженностью имеющейся психопатологической симптоматики, соматическим состоянием и возрастом больного.

Ниже приведены медикаменты с рекомендуемыми дозами и при каких состояниях они могут быть назначены, выбор которых определяется врачом – психиатром в каждом конкретном случае:

- Хлорпромазин (амп.) 2,5% раствор - 2,0 х 2-3р. в сут., курсом 5-10 дней - купирование психомоторного возбуждения (максимальная разовая 150 мг, суточная 1000 мг), с возможным последующим переводом на пероральный прием аминазина от 25 – 50 мг в сутки до достижения терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 300 мг, суточная 1500 мг) – упорядочение поведения, с учетом общего антипсихотического воздействия (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить по контролем артериального давления при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;

- Левомепромазин при возбуждении начинают с парентерального введения 0,025 – 0,075 г (1-3 мл 2,5% раствора), при необходимости увеличивают суточную дозу до 0,2 – 0,25 г в сутки (иногда до 0,35 – 0,5 г) при в/м введении и до 0,75 – 0,1 г. при введении в вену. По мере терапевтического эффекта парентеральное введение постепенно заменяют на пероральное. Внутрь назначают по 0,05 – 0,1 г. (до 0,3 – 0,4 г) в сутки. Курсовое лечение начинают с суточной дозы 0, – 0,36 г. внутрь и до терапевтического эффекта. К концу стационарного лечения дозу постепенно уменьшают и назначают для поддерживающей терапии 0,025 – 0,1 г в сутки. – перорально с начальной дозы 25 мг, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 100 мг) - общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, устранение психомоторного возбуждения, тревоги (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить под контролем артериального давления при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;

- Клозапин назначают внутрь после еды, 2 – 3 раза в день. Начальная доза 25 мг х 2 – 3 раза в сутки, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта в среднем 200-400 мг в сутки (максимально до 600 мг) - общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, не вызывает общего сильного угнетения, как аминазин и другие алифатические фенотиазины;

- Вальпроевая кислота 300 мг до 1200 мг, в качестве нормотимика.

- Карбамазепин 400-600 мг в сутки (максимальная суточная доза 1200 мг), в качестве нормотимика и корректора поведения.

- Галоперидол 0,5% - 2,0 х 3р в сутки, курсом 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в дозе 15 – 30 мг в сут. (возможно до 50 – 60 мг в сут.), с дальнейшим регулированием дозировок с учетом динамики оказывает избирательное антипсихотическое действие на галлюцинации, бредовые расстройства с седативным эффектом (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе), в последующем необходимо снижение до поддерживающих доз для предотвращения обострений 5 – 15 мг в сут.;

- Трифлуоперазин начальная доза 5-10 мг в сут., с постепенным повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная доза до 100-120 мг) – психотропное действие характеризуется сочетанием нейролептического эффекта с умеренным стимулирующим компонентом, избирательное антипсихотическое действие широкого спектра и отчетливо адресуется к психопродуктивной симптоматике, в первую очередь к бреду, галлюцинациям и психическим автоматизмам.

- Рисперидон - оральный раствор 30 мл (1 мл – 1 мг), начальная доза 2 мг в сутки, средняя терапевтическая доз 4 – 6 мг не всегда требует назначений дополнительного применения корректоров. Воздействие на продуктивную и негативную симптоматику, а также сопутствующие аффективные расстройства. Благодаря сбалансированному дофамин-серотонинэргическому антагонизму, позволяет достичь глубокой ресоциализации пациентов, удлинению сроков ремиссии, сокращает количество обострений и сроки стационарного лечения. Улучшение качества жизни и лучшей социальной адаптации;

- Оланзапин – начальная доза 5 - 10 мг 1 раз в сут., терапевтические дозы колеблются от 5 мг до 20 мг в сутки в зависимости от клинического состояния больного. Воздействие на продуктивную и негативную симптоматику, а также сопутствующие аффективные расстройства. С учетом воздействия на негативную симптоматику способствует меньшему развитию дефекта и лучшей социальной адаптации. Не всегда требует назначения корректоров, возможно назначение раствора оланзапина 10 мг. 1 р. в/м;

При сочетании параноидной симптоматики с депрессивным аффектом, назначаются антидепрессанты:

- Амитриптилин 2,0 в/м х 3 раза в день с повышением дозы до 120 мг в/м (возможно в/в введение на физ. р-ре) до 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в начальная доза 75-100 мг в сутки с повышением до терапевтического эффекта (максимальная доза 300 мг в сутки) – особенно эффективен при тревожно – депрессивных состояниях,

уменьшает тревогу, агитацию и собственно депрессивные проявления, также обладает седативным эффектом. Его не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО;

- Имипрамин - назначают 2,0 в/м х 2р. в день с повышением дозы (до 400 мг), возможно в/в введение до 250 мг на физ. р-ре, перорально назначаются в дозе от 100 до 500 мг в 2 приема – применяют при депрессивных состояниях сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью (адинамическим, апатическим компонентом);

- Флуоксетин при адинамических депрессиях начиная с 20мг утром с повышением дозы до 60мг. В отличие от амитриптилина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки;

- Милнаципран – капсулы 50 мг х 2 раза в сутки, при отсутствии терапевтического эффекта возможно повышение дозы до 200 мг в сутки (100 мг х 2 раза) (рекомендуемые терапевтические дозы 50-150 мг в сут.) – оказывает сбалансированное действие на депрессивные состояния различной степени тяжести, минимизация побочных эффектов, возможность назначения у пациента с сопутствующими соматическими заболеваниями;

- При переходе на поддерживающее лечение возможен переход на пролонг Рисперидон 25 мг (37,5 мг, 50 мг) в/м 1 раз в 2 недели – антипсихотическое действие, удобный режим приема, предотвращение обострений, минимальность побочных эффектов;

- Флуфеназин (модитен-депо) 25мг (1,0мл) в/м 1 раз в месяц при переводе на поддерживающее лечение – антипсихотическое действие, влияние на психопродуктивную симптоматику;

- Тригексифенидил (циклодол) 0,002 х 2 - 3 раза в сутки, - для предупреждения нейролептического синдрома;

Всем больным необходим контроль артериального давления.

При резистентных формах могут применяться следующие приемы:

- «одномоментная отмена психотропных препаратов», «ножницы», «зигзаг»;

- электросудорожная терапия;

- коматозная (инсулиновая) терапия;

- плазмаферез;

- лазеротерапия.

Выбор конкретной противорезистентной методики проводят с учетом клинических особенностей состояния, а также данных о реагировании пациента на тот или иной метод лечения в прошлом.

При отсутствии эффекта в течение 3-6 недель терапии следует проверить, действительно ли больной принимает таблетки (возможен переход к парентеральному введению), или перейти к применению другого нейролептика, отличающегося по химической структуре.

В лечении необходимо применение различных видов и форм психотерапии:

1. групповая, которая должна включать в себя:

- поведенческая психотерапия – в целях адаптации пациента в современных условиях, развитие навыков, для облегчения ресоциализации;

- когнитивная – осознания заболевания, болезненности болезненных переживаний, необходимости приема лечения и т.д.;

- группы общения, поддержки – улучшение качества жизни.

2. Семейная психотерапия – работа с родственниками пациентов:

- системная - необходимость обучения поведения членов семьи пациента, в соответствии с клиническими проявлениями;

- стратегическая – возможные перспективы у пациента, как добиться наиболее благоприятных перспектив;

- рациональная – информация про заболевание, возможные исходы и т.д.

3. Индивидуальная (как правило, рациональная).

Перечень основных медикаментов:

1. *Хлорпромазин 2,5% раствор 2 мл; драже, таблетки 0,025; 0,05

2. Левопромазин 2,5% раствор 1 мл; таблетки 0,025
3. *Клозапин таб. 0,025, 0,1
4. *Амитриптилин 1% раствор 2 мл; таблетки 0,025
5. *Имипрамин 1,25% раствор 2 мл; таблетки 0,025
6. *Флуоксетин капсулы 0,02
7. *Вальпроевая кислота таблетки 0,3, 0,5
8. *Карбамазепин таблетки и драже 0,1; 0,2
9. *Галоперидол 0,5% раствор 2 мл; таблетки 0,0015; 0,005 мг
10. *Трифлуоперазин 0,2% раствор 1 мл; таблетки 0,001; 0,005
11. *Рisperидон для приема внутрь 30 мг (1 мл – 1мг)
12. *Оланзапин таблетки 0,01
13. *Рisperидон 25 мг (порошок для приготовления суспензии)
14. *Тригксифенидил таблетки 0,002
15. Милнаципран капсулы 0,025, 0,05

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Оланзапин 1% - 1 мл (ампулы)
2. Флуфеназин деканоат* 2,5% - мл (ампулы)

Критерии перевода на следующий этап:

Достижение терапевтической (медикаментозной) ремиссии, подбор поддерживающей терапии, окончание экспертных вопросов, принудительного лечения, решение социальных вопросов.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Г.Я.Авруцкий, А.А.Недува Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
2. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина», 1985.
3. Руководство по психиатрии/Под редакцией Г.В.Морозова, Т 1. – Москва «Медицина», 1988.
4. Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994.
5. В.М.Блейхер, И.В.Крук. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
7. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002.
8. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition American Psychiatric Association, 2004.
9. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. М.2000, стр. 52.
10. Джэкобсон Дж., Джэкобсон А. Секреты психиатрии (на англ.яз.) Р.58
11. J.L.Cutler. E.R.Marcus Psychiatry. P.3.

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

Постшизофреническая депрессия

Код протокола: 19-1626

Профиль: терапевтический (психиатрический)

Этап: стационар

Цель этапа:

В зависимости от показаний к госпитализации:

1. Купирование депрессивной симптоматики и сопровождающих их клинических проявлений;
2. обеспечение социальной помощи психически больным;
3. проведение различных экспертиз;
4. подбор терапии;
5. окончания сроков принудительного лечения (по решению суда).

Длительность лечения: от 40 до 60 дней;

Зависит от резистентности состояния, социальных факторов.

Возможны изменения сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно-правовым актами Республики Казахстан:

- отказ от лечения (ст.12 «Отказ от лечения, ЗРК от 16/04.1997г №96-1) – на любом этапе лечения;
- принудительное лечение (может быть прекращено только по решению суда – сроки не ограничены);
- различные экспертные вопросы (МСЭК, СПЭК, общественно – консультативный, экспертный совет – 30 дней);
- возможные побег.

Коды МКБ:

F.20.4 –Постшизофреническая депрессия.

F.25.1 - Шизоаффективный психоз депрессивного типа.

F.31.3 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии;

.30 - без соматических симптомов;

.31 - с соматическими симптомами.

F 31.4 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.

F.31.5 – Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами.

F 32.0 - Легкий депрессивный эпизод;

.00 – без соматических симптомов;

.01 – с соматическими симптомами.

F.32.1 - Умеренный депрессивный эпизод.

.10 - без соматических симптомов;

.11 – с соматическими симптомами.

F.32.2 – Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов.

F 32.3 - Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами.

F 32.8 - Другие депрессивные эпизоды.

F 32.9 – Депрессивные эпизоды, неуточненные.

F 33.0 – Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени;

.00 – без соматических симптомов;

.01 – с соматическими симптомами.

F 33.1 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести;

.10 - без соматических симптомов;

.11 - с соматическими симптомами.

F 33.2 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый, без психотических симптомов.

F 33.3 - Рекуррентный депрессивный эпизод, текущий эпизод тяжелый с психотическими симптомами.

F 33.8 - Другие рекуррентные депрессивные расстройства.

F 33.9 - Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное.

Определение: Депрессия – состояние, характеризующееся пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами. Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью.

Постшизофреническая депрессия (ПШД) – понимают как депрессивный эпизод, развивающийся после редукции острой психотической симптоматики с сохранением «некоторых позитивных и негативных» симптомов шизофрении. ПШД может быть продолжительной. Некоторые шизофренические симптомы должны сохраняться, но они уже не доминируют в клинической картине.

Классификация: по кодам МКБ

Факторы риска:

- 1) Наследственная предрасположенность
- 2) Нарушение обмена веществ, вызывающие изменения в мозговой деятельности
- 3) Социальные факторы, в том числе психогении

Поступление: плановое, неотложное, недобровольное

Показания для госпитализации:

- 1) Нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно-восстановительных мероприятиях в условиях стационара – неправильное (неадекватное) поведение (выраженные клинические проявления депрессивного состояния, психомоторное возбуждение, страх, тревога, суицидальные тенденции, аутоагрессивное поведение, депрессивное состояние, бредовые идеи, галлюцинаторные переживания и т.д.).
- 2) Социальные показания.
- 3) Больные, направленные судебными органами в установленном порядке на стационарную судебно-психиатрическую, военную экспертизы.
- 4) Лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов
- 5) Необходимости подбора терапии.

Показания для недобровольной госпитализации (ст. 29 ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1):

1. непосредственная опасность для себя и окружающих;
2. беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
3. существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Показания для неотложной госпитализации (приложение № 10 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13 мая 1998 года № 269):

1. психомоторное возбуждение, связанное с аффективно-суженным сознанием;
2. систематизированные бредовые синдромы, если они определяют вероятность общественно – опасного поведения больных;
3. суицидальные тенденции;
4. аутоагрессивные действия;
5. состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне правильным поведением.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Консультация психиатра;
2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);

3. Микрореакция (или кровь на RW).

Необходимое обследование перед недобровольной и неотложной госпитализацией:

1. Осмотр психиатра, в том числе в приемном покое психиатрического стационара.

Критерии диагностики:

1. Основным является клиническое исследование, при котором выявляются клинические проявления и течение, характерные для постшизофренической депрессии:

- расспрос;
- наблюдение;
- сбор субъективного и объективного анамнеза;
- изучение творчества больных.

2. Общесоматическое и неврологическое исследование.

3. Экспериментально – психологическое исследование.

4. Как правило, дополнительными являются исследования лабораторные и инструментальные, в целях проведения дифференциального диагноза, изменений при лабораторном и инструментальном обследовании, вследствие побочных действий психотропных препаратов, верификации соматического или неврологического сопутствующего заболевания.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Экспериментально – психологическое исследование (первичное);

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Электрокардиография;
2. Экспериментально – психологическое исследование (повторное);
3. Электроэнцефалография;
4. Компьютерная томография головного мозга;
5. Флюорография легких (1 раз в год);
6. Микрореакция;
7. Кровь на сахар после 40 лет;
8. Исследование кала на диз.группу;
9. Исследование кала на я/г;
10. Консультация: терапевта;
11. Консультация: невропатолога.

Тактика лечения:

Учитывая сложную психопатологическую структуру ПШД, формирующуюся помимо депрессивных расстройств с участием остаточных галлюцинаторно-бредовых и негативных проявлений, терапевтические воздействия должны быть комплексными, обеспечивающими обратное развитие всех компонентов таких состояний и дифференцированные, в зависимости от типа ПШД и разновидностей динамики заболеваний, по закономерностям которого они развиваются. Их следует проводить в определенной последовательности, направленные на редукцию психотических и собственно депрессивных расстройств, коррекцию негативных изменений и возможных проявлений нейролепсии, а также на устранение последствий психопатологических личностных реакций на перенесенную болезнь.

Для этой цели необходимо применение комплекса препаратов с выраженным антидепрессивным действием, следует отметить, что подбор психотропных препаратов строго индивидуален, с учетом многообразия клинических проявлений, индивидуальной переносимости пациента на лекарственные вещества. Ниже приведены медикаменты с рекомендуемыми дозами (дозы могут варьировать в зависимости от состояния пациента, развития побочных эффектов, терапевтической целесообразности) и при каких состояниях

они могут быть назначены, выбор которых определяется врачом – психиатром в каждом конкретном случае:

- Амитриптилин 2,0 в/м х 3 раза в день с повышением дозы до 120мг в/м (возможно в/в введение на физ. р-ре) до 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в начальная доза 75-100мг в сутки с повышением до терапевтического эффекта (максимальная доза 450 мг в сутки) – особенно эффективен при тревожно – депрессивных состояниях, уменьшает тревогу, агитацию и собственно депрессивные проявления, также обладает седативным эффектом. Его не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО;
- Имипрамин - назначают 2,0 в/м х 2р. в день с повышением дозы (до 400 мг), возможно в/в введение до 250 мг на физ. р-ре, перорально назначаются в дозе от 100 до 500 мг в 2 приема – применяют при депрессивных состояниях сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью (адинамическим, апатическим компонентом);
- Флуоксетин при адинамических депрессиях начиная с 20мг утром с повышением дозы до 60мг. В отличие от амитриптилина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки;
- Милнаципран – капсулы 50 мг х 2 раза в сутки, при отсутствии терапевтического эффекта возможно повышение дозы до 200 мг в сутки (100 мг х 2 раза) (рекомендуемые терапевтические дозы 50-150 мг в сут.) – оказывает сбалансированное действие на депрессивные состояния различной степени тяжести, минимизация побочных эффектов, возможность назначения у пациента с сопутствующими соматическими заболеваниями;
- Флувоксамин начальная суточная доза 100 мг, при необходимости увеличивают дозу до 0,15 – 0,2 г. в сутки (максимальная суточная доза 0,3;
- Диазепам 5 мг 1 – 2 раза в день, максимальная суточная доза 0,06;
- Вальпроевая кислота 300 мг до 1200 мг, в качестве нормотимика;
- Галоперидол в дозе 5 – 15 мг в сут., с дальнейшим регулированием дозировок с учетом динамики оказывает избирательное антипсихотическое действие на галлюцинации, бредовые расстройства с седативным эффектом, с целью поддерживающего лечения;
- Трифлуоперазин (трифтазин) начальная доза 10 мг в сут., с постепенным повышением до оптимального терапевтического эффекта – психотропное действие характеризуется сочетанием нейролептического эффекта с умеренным стимулирующим компонентом, избирательное антипсихотическое действие широкого спектра и отчетливо адресуется к психопродуктивной симптоматике, в первую очередь к бреду, галлюцинациям и психическим автоматизмам, с целью поддерживающего лечения;
- Рисперидон - оральный раствор 30 мл (1 мл – 1 мг), начальная доза 2мг в сутки, средняя терапевтическая доз 4 – 6 мг не всегда требует назначений дополнительного применения корректоров (циклодола, акинетона). Воздействие на аффективные расстройства а также на продуктивную и негативную симптоматику. Благодаря сбалансированному дофамино-серотониноэргическому антагонизму, позволяет достичь глубокой ресоциализации пациентов, удлинению сроков ремиссии, сокращает количество обострений и сроки стационарного лечения. Улучшение качества жизни и лучшей социальной адаптации;
- Оланзапин– начальная доза 10мг 1 раз в сут., терапевтические дозы колеблются от 5мг до 20мг в сутки в зависимости от клинического состояния больного. Воздействие на продуктивную и негативную симптоматику, аффективные расстройства. С учетом воздействия на негативную симптоматику способствует меньшему развитию дефекта и лучшей социальной адаптации. Не всегда требует назначения корректоров, возможно назначение раствора оланзапина 10 мг. 1 р. в/м;

На поддерживающем лечении возможен переход на пролонги

- Рисперидон 25 мг, 37,5 мг, 50 мг в/м 1 раз в 2 недели – антипсихотическое действие, удобный режим приема, предотвращение обострений, минимальность побочных эффектов;
- Флуфеназин 25мг - 1,0 мл в/м 1 раз в месяц при переводе на поддерживающее лечение – антипсихотическое действие, влияние на психопродуктивную симптоматику;

- Тригексифенидил 0,002 х 2 - 3 раза в сутки, - для предупреждения нейролептического синдрома;

Всем больным необходим контроль артериального давления.

При резистентных формах могут применяться следующие приемы:

- «одномоментная отмена психотропных препаратов», «ножницы», «зигзаг»;
- электросудорожная терапия;
- плазмаферез;
- лазеротерапия.

В лечении необходимо применение различных видов и форм психотерапии:

1. групповая, которая должна включать в себя:

- поведенческая психотерапия – в целях адаптации пациента в современных условиях, развитие навыков, для облегчения ресоциализации;
- когнитивная – осознания заболевания, болезненности болезненных переживаний, необходимости приема лечения и т.д.;
- группы общения, поддержки – улучшение качества жизни.

2. Семейная психотерапия – работа с родственниками пациентов:

- системная - необходимость обучения поведения членов семьи пациента, в соответствии с клиническими проявлениями;
- стратегическая – возможные перспективы у пациента, как добиться наиболее благоприятных перспектив;
- рациональная – информация про заболевание, возможные исходы и т.д.

3. Индивидуальная (как правило, рациональная).

Перечень основных медикаментов:

1. *Амитриптилин 1% раствор - 2 мл; таблетки 0,025
2. *Имипрамин 1,25% раствор 2 мл; таблетки 0,025
3. *Флуоксетин капсулы 0,02
4. *Флувоксамин таблетки 0,05
5. *Диазепам таблетки 0,005; 0,5% раствор 2 мл
6. Милнаципран капсулы 0,025, 0,05
7. *Кломипрамин капсулы и таблетки 0,01; 0,025; 0,05
8. *Кломипрамин 1,25% раствор 2 мл
9. *Вальпроевая кислота таблетки 0,3, 0,5
10. *Галоперидол 5% раствор 2 мл; таблетки 0,0015; 0,005
11. *Трифлуоперазин 0,2% раствор 1 мл; таблетки 0,001; 0,005
12. *Рisperидон раствор для приема внутрь 30 мл (1 мл – 1мг)
13. *Оланзапин таблетки 0,01
14. *Рisperидон 25 мг (порошок для приготовления суспензии)
15. *Тригексифенидил таблетки 0,002

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Пирацетам 20% - 10 мл (ампулы)
2. *Флуфеназин деканоат 2,5% - мл (ампулы)
3. * Пиридоксин гидрохлорид 200 мг табл
4. * Тиамин гидрохлорид 100 мг табл
5. *Цианкоболамин 200 мкг табл

Критерии перевода на следующий этап:

Достижение терапевтической (медикаментозной) ремиссии, подбор поддерживающей терапии, окончание экспертных вопросов, принудительного лечения, решение социальных вопросов.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994.

2. В.М.Блейхер, И.В.Крук. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
4. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002.
5. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition American Psychiatric Association, 2004.
6. Ю.Ю.Чайка. К проблеме постшизофренических депрессий. Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 1999г - №1 – стр.117-121.
7. Ю.Ю.Чайка. Типология и динамика постшизофренической депрессии. Украинский вестник психоневрологии. –1999г.-Т.7,вип.3.-стр.130-134.
8. К.Н.Шумская. Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности). Автореферат. Научный центр психиатрии РАМН.
9. Д.В.Вильямс, С.Д. Малроу, Э. Чикветт, П.Х.Нозль, К.Агвилар, Дж.Корнелл. Клинические рекомендации: часть2. Систематический обзор испытаний новых методов медикаментозного лечения депрессии у взрослых.
10. Н.П.Андрусенко, М.А.Морозова. Комбинированное использование антидепрессантов и нейролептиков при аффективных расстройствах и шизофрении: Показания к назначению, побочные эффекты и осложнения. Лаборатория психофармакологии НЦПЗ РАМН, Москва.

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

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя.

2 этап

Код протокола: 20-1616

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. Коррекция постабстинентного состояния;
2. Развитие и стабилизация личностных и социальных свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости;
3. Реабилитация – медицинская, социальная, психологическая.

Длительность лечения: 60 дней

Коды МКБ:

F10.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя.

Употребление с вредными последствиями

F10.20 - F10.23 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости. Воздержание.

Определение: Алкоголизм - это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности.

Классификация: по МКБ-10

F10.1 Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя.

Употребление с вредными последствиями

F10.20 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание

F10.21 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление

F10.22 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей терапии

F10.23 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение лекарствами

Факторы риска:

Индивидуальные факторы риска: коморбидная психопатическая структура личности; мужской пол; наследственная отягощенность.

Групповые факторы риска: дисфункциональные семейные отношения; раннее начало употребления алкоголя в референтной группе.

Социально-культуральные факторы риска: высокая распространенность традиций по употреблению алкоголя; терпимое отношение микросоциума к употреблению алкоголя.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. Синдром зависимости, воздержание;
2. Употребление с вредными последствиями
3. Состояние психологической, социальной дезадаптации

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Реакция Вассермана (RW)
2. Флюорография органов грудной клетки

3. Консультация врача фтизиатра в случае наличия патологии органов грудной клетки на флюорографии.

Критерии диагностики:

1. Непреодолимое патологическое влечение к спиртным напиткам со снижением количественного и ситуационного контроля
2. Наличие алкогольного абстинентного синдрома
3. Развитие алкогольной деградации личности

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение мочевины и остаточного азота
4. Определение общего белка
5. Определение АЛТ и АСТ
6. Определение глюкозы после 40 лет
7. Определение билирубина
8. Тимоловая проба
9. Электроэнцефалография
10. Эхоэнцефалография
11. Реоэнцефалография
12. Консультация: медицинский психолог
13. Консультация нарколога

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. ЭКГ
3. Определение диастазы
4. Определение кальция
5. Определение глюкозы до 40 лет
6. Определение протромбинового индекса
7. Консультация невропатолога
8. Консультация терапевта

Тактика лечения:

Основные клинико-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматический статус;
2. Патологическое влечение к психоактивному веществу;
3. Патологический личностный статус;
4. Нормативный личностный статус;
5. Дефицитарный социальный статус;
6. Уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия: адаптация к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения; мотивационная работа, направленная на активное участие в реабилитационной программе в условиях терапевтического сообщества; программы профессиональной ориентации; культурно-развлекательные программы; спортивно-оздоровительные программы; волонтерское движение.

Основные психотерапевтические мероприятия: групповая психотерапия, основной целью которой является развитие свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости; программа социально-психологических тренингов; семейное консультирование, семейная психотерапия, групповая психотерапия со значимыми другими лицами; противорецидивная психотерапия, противорецидивные тренинги; формирование нормативной

системы ценностей; создание позитивного жизненного сценария. Данные мероприятия реализуются через техники интегративно-развивающей, групповой психотерапии; адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, транзактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии; через программу социально-психологических тренингов, а также через взаимодействия в условиях терапевтического сообщества.

- Алгоритм терапии злоупотребления алкоголем с вредными последствиями для здоровья: витамины (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая кислота в/м или в/в, фолиевая кислота, ретинол); аминокислоты (эссенциале в капсулах, гамма - аминomásляная кислота); ноотропы (пирацетам); транквилизаторы и снотворные (диазепам 30-50 мг/сут, нитразепам 5-10 мг на ночь). Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

- Алгоритм лечения синдрома зависимости, в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей терапии: средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю - нейролептики (клозапин 100 – 200 мг/сут; рисперидон 1 – 4 мг/сут в форме раствора); антидепрессанты (кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках); антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота); витамины (тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота); ноотропы (пирацетам, гамма - аминomásляная кислота); гепатопротекторы (холензим, эссенциале); транквилизаторы и снотворные (нитразепам, феназепам). Физиотерапия: ИРТ, электросон, массаж.

- Алгоритм терапии синдрома зависимости, в настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение лекарствами: витамины (тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота, фолиевая кислота); аминокислоты (церебролизин, эссенциале, холензим); ноотропы (пирацетам, гамма - аминomásляная кислота); сенсibiliзирующие к алкоголю средства (метронидазол, никотиновая кислота); средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю - нейролептики (клозапин 100 – 200 мг/сут; рисперидон 1 – 4 мг/сут в форме раствора); антидепрессанты (кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках); антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота).

- Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств: назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности, препаратами выбора являются: ноотропы (пирацетам), аминокислоты (глутаминовая кислота), витамины (В1, В6, В12, аскорбиновая, никотиновая кислота). Физиотерапия (akupунктура, электросон).

- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома: с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 – 150 мг/сут, флуоксетин 20 – 40 мг/сут, а также показаны ноотропы, витамины (В1, В6, В12 и др.), аминокислоты, гепатопротекторы. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

- Алгоритм терапии диссомнических расстройств: препаратами выбора являются производные бензодиазепинов (0,5 % раствор диазепама 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты (фенобарбитал), снотворные 3-го поколения - зопиклон (имован) в минимально эффективной дозе 7,5 мг курсом не более 5 дней, в случае отсутствия эффекта целесообразно препарат отменить и назначить нейролептики (клозапин в дозе до 50 мг на ночь).

Перечень основных медикаментов:

1. *диазепам 10 мг, таб.
2. *диазепам 0,5%-2 мл, амп.
3. *карбамазепин 200 мг, таб.
4. *рисперидон мл флакон
5. *галоперидол 0,5% - 1,0 мл, амп.
6. *тригексифенидил 2 мг, таб.

7. *хлорпромазин 2,5% - 2,0 мл, амп.
8. *магния сульфат 25% -10,0 мл, амп.
9. *натрия тиосульфат 20% -10,0 мл,амп.
10. *тиамина бромид 5% -1,0 мл амп.
11. *пиридоксина гидрохлорид 5% -1,0 мл амп.
12. *кислота аскорбиновая 5% - 1,0 мл амп.
13. *парацетам 400 мг, таб.
14. *парацетам 20% -5,0 мл, амп.
15. *винпоцетин 5 мг, таб.
16. *винпоцетин 2 мл, амп.
17. *декстроза 5% -200 мл, флак.
18. *натрия хлорид 0,9% -200 мл, фл.
19. *70% спирт 200 мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *клозапин, 25мг, таб.
2. *амитриптилин 2,5% - 2,0 мл, амп.
3. *амитриптилин 25 мг, таб.
4. *флувоксамин 50 мг, таб.
5. *оксибутират натрия 20% -10,0 мл, амп.
6. *селимарин + фумарин , капс.
7. *циннаризин 25 мг, таб.
8. *гамма-аминобутировая кислота 250 мг, таб.
9. *комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5 мл, амп.
10. *преднизолон 5 мг, таб.
11. *метаклопрамид 10 мг, таб.
12. *парацетамол 250 мг, таб.
13. *ципрофлоксацин 500 мг, таб.
14. *цефазолин 1,0 амп.
15. *ампициллин 1,0 амп.
16. *ко-тримаксозол 480 мг, таб.
17. *нистатин 500 тыс. ед., таб.
18. *фуразолидон 50 мг, таб.
19. *амброксол 30 мг, таб
20. *метронидазол 250 мг, таб.
21. *диклофенак натрия 3 мл, амп.
22. *диклофенак натрия 100 мг, таб.
23. *дифенгидромин 1%- 1,0 мл, амп.
24. *цианокобаламин 0,05% 1,0 мл, амп.
25. *никотиновая кислота 1% - 1,0 мл, амп.
26. *депротеинизированный гемодереват из телячьей крови 80мг 2,0 мл, амп.
27. *хлоропирамин 20 мг -1,0 мл, амп.
28. *декстран-70 200 мл
29. *панкреатин 4500 ЕД, таб.
30. *ранитидин 300 мг, таб.
31. *уголь активированный 0,25, таб.
32. *эналаприл 2,5 мг, таб.
33. *гидрохлортиазид 25 мг, таб.
34. *аминофиллин 2,4% -5,0 мл, амп.
35. *бисакодил 5 мг, таб.

36. *дротаверин 40 мг, таб.
37. *дигоксин 0,025%- 1 мл, амп.
38. *лоперамид 2мг, капс.
39. *фуросемид 1% -2,0 мл, амп.

Критерии перевода на следующий этап: полное воздержание от потребления алкоголя; улучшение и стабилизация физического и психического здоровья; отсутствие проявлений патологического влечения к алкоголю; наличие конструктивных форм поведения, расширяющих нормативный круг общения и интересов; наличие установки на отказ от употребления алкоголя и образ жизни, несовместимый с потреблением алкоголя.

Литература, использованная при подготовке протоков:

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Белокрылов Н.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных / В кн.: Руководство по наркологии. – Т. 2, под ред. Н.Н.Иванца, Медпрактика. – М., 2002. – С. 120-172
3. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. В кн.: Лекции по клинической наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца. – М.: «НАН», 2000. – С. 191-206
4. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр.
5. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). – Москва, 2002. – 105 стр.
6. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
7. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. Л.: «Медицина», Ленинградское отделение, 1988, 223 стр.
8. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
9. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца), М., 2000, с. 80.
10. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
11. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.
12. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 57-61.
13. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А «Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании» (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.) ,М., 2001, с. 70-85.
14. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001. – 48 стр.
15. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.

16. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.
17. Project MATCH Research Group Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes // Journal of Studies on Alcohol. 1997, N 58, p. 7-29.

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

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя

1 этап

Код протокола: 20-161 г

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. Купирование физической зависимости и редукция психической зависимости;
2. Коррекция психических и поведенческих расстройств;
3. Формирование мотивации на участие в реабилитационной программе

Длительность лечения: до 20 дней

Коды МКБ:

F10.0 Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)

F10.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Синдром зависимости

F10.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Состояние отмены

Определение: Алкоголизм - это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности.

Классификация (согласно МКБ - 10):

F10.0 Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение), неосложненная

F10.1 Злоупотребление алкоголем (употребление с вредными последствиями для здоровья)

F10.24 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Синдром зависимости. Фаза обострения

F10.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Абстинентный синдром

Факторы риска:

Индивидуальные факторы риска: коморбидная психопатическая структура личности; мужской пол; наследственная отягощенность.

Групповые факторы риска: дисфункциональные семейные отношения; раннее начало употребления алкоголя в референтной группе.

Социально-культуральные факторы риска: высокая распространенность традиций по употреблению алкоголя; терпимое отношение микросоциума к употреблению алкоголя.

Поступление: экстренное, плановое

Показания для госпитализации:

1. Острая интоксикация алкоголем неосложненная
2. Синдром зависимости. Фаза обострения
3. Состояние отмены неосложненное

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Реакция Вассермана (RW)
2. Флюорография органов грудной клетки
3. Консультация врача фтизиатра в случае наличия патологии органов грудной клетки на флюорографии.

Критерии диагностики:

1. Непреодолимое патологическое влечение к спиртным напиткам со снижением количественного и ситуационного контроля
2. Наличие алкогольного абстинентного синдрома
3. Развитие алкогольной деградации личности

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение мочевины и остаточного азота
4. Определение общего белка
5. Определение АЛТ и АСТ
6. Определение глюкозы после 40 лет
7. Определение билирубина
8. Тимоловая проба
9. Консультация нарколога

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. ЭКГ
3. Определение диастазы
4. Определение кальция
5. Определение протромбинового индекса
6. Определение глюкозы до 40 лет
7. Консультация невропатолога
7. Консультация терапевта
8. Электроэнцефалография
9. Эхоэнцефалография
10. Реоэнцефалография
11. Консультация психолога
12. Консультация психотерапевта

Тактика лечения:

Основные клиничко-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматический статус;
2. Патологическое влечение к психоактивному веществу;
3. Патологический личностный статус;
4. Нормативный личностный статус;
5. Дефицитарный социальный статус;
6. Уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия: обеспечение воздержания от употребления алкоголя; определение уровня реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий); формирование мотивации на участие в программе медико-социальной реабилитации; противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к алкоголю.

Основные психотерапевтические мероприятия: мотивационное интервью, мотивационное консультирование, мотивационной психотерапии; блокирование патологического влечения к алкоголю; определение индекса тяжести зависимости. Реализуются данные мероприятия через техники индивидуального консультирования и психотерапии, техники группового консультирования и адаптированных методов групповой мотивационной психотерапии, гештальт-терапии, трансактного анализа.

- Алгоритм терапии острой алкогольной интоксикации (алкогольного опьянения) тяжелой степени: промывание желудка; аналептики и психотоники (дигоксин, строфантин в инъекциях, кордиамин); детоксикация (полиионные смеси, физиологический раствор, 5% р-р глюкозы, тиосульфат натрия в/в); витамины (пиридоксин 5% - 10 мл в/м, никотиновая кислота в/м, аскорбиновая кислота в/в с глюкозой); ноотропы (пирацетам 20% р-р 5-15 мл

в/м или в/в); гепатопротекторы (эссенциале в растворе).

- Алгоритм терапии абстинентного алкогольного синдрома: детоксикация в течение 3-5, при необходимости 5-7 дней (полиионные смеси, физиологический раствор, 5% р-р глюкозы в/в, тиосульфат натрия в/в); витамины (пиридоксин 5% - 10 мл в/м, никотиновая кислота в/м, аскорбиновая кислота); транквилизаторы и снотворные (диазепам 30-50 мг/сут, нитразепам 5-10 мг на ночь, 20 % раствор оксибутирата натрия 10 мл/сут); антиконвульсанты (карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сут); нейролептики (клозапин, рисперидон, галоперидол); антидепрессанты (амитриптилин, сертралин); глюкокортикоиды (преднизолон); дегидратирующие (фуросемид); ноотропы (пирацетам 20% р-р 5-15 мл в/м или в/в); гепатопротекторы (эссенциале, холензим). Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

- Алгоритм терапии диссомнических расстройств: препаратами выбора являются производные бензодиазепинов (0,5 % раствор диазепама 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты (фенобарбитал), снотворные 3-го поколения - зопиклон (имован) в минимально эффективной дозе 7,5 мг курсом не более 5 дней, в случае отсутствия эффекта целесообразно препарат отменить и назначить нейролептики (клозапин в дозе до 50 мг на ночь).

- Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств: назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности, препаратами выбора являются: ноотропы (пирацетам), аминокислоты (глутаминовая кислота), витамины (В1, В6, В12, аскорбиновая, никотиновая кислота). Физиотерапия (akupунктура, электросон).

- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома: с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 – 150 мг/сут, флуоксетин 20 – 40 мг/сут, а также показаны ноотропы, витамины (В1, В6, В12 и др.), аминокислоты, гепатопротекторы. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

- Алгоритм терапии антиконвульсантами: противосудорожные, нормотимические, эмоциотропные свойства антиконвульсантов позволяют эффективно использовать их при лечении алкогольного абстинентного синдрома. Препаратами выбора являются карбамазепин в дозе 200 мг 3 раза в сутки, при начальной дозе 100-200 мг 1 - 2 раза в сутки. При необходимости доза препарата может быть увеличена до 400 мг 2-3 раза в сутки. Вальпроат натрия в суточной дозе из расчета 30-50 мг/кг массы тела, обычно она составляет 0,1-0,5 г, при необходимости дозы могут быть увеличены.

- Алгоритм терапии нейролептиками: с целью купирования патологического влечения к алкоголю, снижения возбуждения и коррекции поведения препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); клозапин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.

- Алгоритм терапии антидепрессантами: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках.

Перечень основных медикаментов:

1. *диазепам 10мг таб.
2. *диазепам 0,5% - 2,0 мл амп.
3. *рисперидон раствор мл, флак.
4. *карбамазепин 200 мг таб
5. *галоперидол 0,5% - 1,0 мл амп.
6. *тригексифенидил 2 мг таб.

7. *хлорпромазин 2,5% - 2 мл амп.
8. *магния сульфат 25% -10 мл амп.
9. *натрия тиосульфат 20% - 10,0 мл амп.
10. *тиамина бромид 5% -1,0 мл амп.
11. *пиридоксина гидрохлорид 5% -1,0 мл амп.
12. *кислота аскорбиновая 5% - 1,0 мл амп.
13. *фуросемид 1% - 2,0 мл амп.
14. *пирацетам 20% - 5,0 мл амп.
15. *пирацетам 400 мг таб.
16. *винпоцетин 2 мл амп.
17. *декстроза 5% 400 мл фл.
18. *натрия хлорид 0,9 % 400 мл фл.
19. * 70% спирт 200 мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *клозапин 25 мг таб.
2. *амитриптилин 2,5% - 2,0 мл амп.
3. *флувоксамин 50 мг таб.
4. *оксибутират натрия 20% -10 мл амп.
5. *селимарин + фумарин капс
6. *винпоцетин 5 мг
7. *гамма-аминобутировая кислота 250 мг таб
8. *комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5 мл амп.
9. *преднизолон 30мг/1мл амп.
10. *метаклопрамид 10 мг таб.
11. *ацетилсалициловая кислота 500 мг таб.
12. *цефазолин 1,0 амп.
13. *гентамицин 4% - 1,0 мл амп.
14. *метронидазол 250 мг таб.
15. *ко-тримаксозол 480 мг таб.
16. *нистатин 500 тыс. ед. таб.
17. *цианокобаламин 0,05% 1,0 мл амп.
18. *никотиновая кислота 1% - 1,0 мл амп.
19. *депротеинизированный гемодереват из телячьей крови 80 мг - 2 мл амп.
20. *диклофенак натрия 3,0 мл амп.
21. *диклофенак натрия 100 мг таб.
22. *дифенгидромин 1% -1,0 мл амп.
23. *панкреатин 4500 ЕД таб.
24. *ранитидин 300 мг таб.
25. *декстран-70 200 мл фл.
26. *уголь активированный 0,25 таб.
27. *эналаприл 2,5 мг таб.
28. *гидрохлортиазид 25 мг таб.
29. *аминофиллин 2,4% - 5,0 мл амп.
30. *дротаверин 40 мг - 2 мл амп
31. *дигоксин 0,025% -1 мл амп
32. *лоперамид 2 мг капс

Критерии перевода на следующий этап: отсутствие симптомов отмены, нормализация настроения, сна, восстановление критики к заболеванию, купирование патологического влечения к алкоголю, наличие мотивации к воздержанию от алкоголя

и на дальнейшее прохождение программы медико-социальной реабилитации.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. В кн.: Лекции по клинической наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца. – М.: «НАН», 2000. – С. 191-206
3. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
4. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
5. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. Л.: «Медицина», Ленинградское отделение, 1988, 223 стр.
6. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
7. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца), М., 2000, с. 80.
8. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.
10. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 57-61.
11. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А «Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании» (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.) ,М., 2001, с. 70-85.
12. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001. – 48 стр.
13. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.
14. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.
- 15.

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

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов

1 этап

Код протокола: 20 – 161д

Профиль: терапевтический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. Купирование физической зависимости и редукция психической зависимости;
2. Коррекция психических и поведенческих расстройств;
3. Формирование мотивации на участие в реабилитационной программе

Длительность лечения: 20 дней

Коды МКБ - 10:

F11.0 Острая интоксикация в результате употребления опиоидов, неосложненная

F11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Пагубное (с вредными последствиями) употребление

F11.2 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Синдром зависимости

F11.3 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Состояние отмены

Определение: Наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

Классификация (согласно МКБ - 10):

F11.0 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Острая интоксикация

F11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Употребление с вредными последствиями

F11.2 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Синдром зависимости

F11.3 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Состояние отмены

Факторы риска:

Индивидуальные факторы риска: коморбидная психопатическая структура личности; мужской пол; наследственная отягощенность.

Групповые факторы риска: дисфункциональные семейные отношения; раннее начало употребления наркотика в референтной группе.

Социально-культуральные факторы риска: высокая распространенность традиций по употреблению наркотика; терпимое отношение микросоциума к употреблению наркотика.

Поступление: плановое

Показания к госпитализации:

1. Острая интоксикация, неосложненная
2. Синдром зависимости
3. Состояние отмены

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Консультация врача нарколога
2. Исследование на ВИЧ
3. Анализ крови на реакцию Вассермана (RW)
4. Исследование на вирус гепатита В
5. Исследование на вирус гепатита С

6. Консультация врача-инфекциониста в случае положительного результата на вирус гепатита В, С.
7. Флюорография органов грудной клетки
8. Консультация врача-фтизиатра в случае патологии органов грудной клетки на флюорографии.

Критерии диагностики синдрома зависимости:

1. Непреодолимое и/или навязчивое влечение к употреблению наркотика.
2. Сниженная способность контролировать прием наркотического вещества.
3. Состояние отмены.
4. Повышение толерантности к эффектам наркотического вещества.
5. Продолжающееся употребление наркотического вещества вопреки явным признакам вредных последствий.
6. Лабораторное подтверждение употребления опиоидов.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий (клинический) анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение общего белка
4. Определение мочевины и остаточного азота
5. Определение АЛТ
6. Определение АСТ
7. Тимоловая проба
8. Определение билирубина
9. Определение глюкозы после 40 лет
10. Поляризационный флуоресцентный иммуноанализ на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче
11. Иммунохроматография на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче
12. Определение уровня реабилитационного потенциала

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. ЭКГ
3. Определение креатинина
4. Определение диастазы
5. Определение глюкозы до 40 лет
6. Консультация терапевта
7. Консультация невропатолога
8. Консультация психотерапевта
9. Консультация психолога
10. Электроэнцефалография
11. Эхоэнцефалография
12. Реоэнцефалография

Тактика лечения:

Основные клиничко-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматический статус;
2. Патологическое влечение к психоактивному веществу;
3. Патологический личностный статус;
4. Нормативный личностный статус;
5. Дефицитарный социальный статус;
6. Уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия: обеспечение воздержания от употребления наркотиков с периодическим проведением диагностики на их наличие в биологических средах; определение уровня реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий); формирование мотивации на успешное прохождение программы МСР; противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к наркотику.

Основные психотерапевтические мероприятия: установление контакта с нормативным статусом личности пациента; блокирование патологического влечения к наркотику; мотивационное интервью, консультирование, мотивационная психотерапия; определение индекса тяжести зависимости. Реализуются данные мероприятия через техники индивидуального консультирования, психотерапии, а также через техники группового консультирования и адаптированных методов групповой психотерапии.

- Алгоритм детоксикационной терапии: рекомендуется использовать в качестве стандартной схемы следующее сочетание препаратов: клонидин (0,45-0,9 мг/сут) в сопровождении преднизолона (5-15 мг/сут), диазепам (30-60 мг/сут), трамадол (400-500 мг/сут, в тяжелых случаях до 600 мг), курс лечения трамადолом в таких дозах не должен превышать 5 дней с последующей постепенной отменой по 100 мг в сутки.*

- Алгоритм терапии антагонистами опиатных рецепторов: рекомендовано применение налтрексона по следующим схемам лечения: 1) ежедневно по 50 мг в сутки в течение 5 дней, а в субботу – 100 мг в сутки; 2) по 100 мг через день или 150 мг через два дня.

- Алгоритм терапии нейролептиками: с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к наркотику, коррекции поведения препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); клоzapин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.

- Алгоритм терапии антиконвульсантами: для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сут.

- Алгоритм терапии антидепрессантами: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках.

- Алгоритм терапии обезболивающими препаратами: при выраженном болевом синдроме, в тех случаях, когда трамадол в дозе 400-500 мг в сутки не купирует болевые ощущения, или болевой синдром проявляется более 5 дней, целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов: диклофенак до 150 мг в сут, кеторолак 30 – 90 мг/сут.

- Алгоритм терапии синдрома патологического влечения к наркотику: при обострении патологического влечения назначаются препараты, купирующие патологическое влечение и связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства. Препаратами выбора являются нейролептики – галоперидол, клоzapин (азалептин), рисперидон (рисполепт); антидепрессанты – кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин; антиконвульсанты – карбамазепин, вальпроат натрия. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

- Алгоритм терапии диссомнических расстройств: препаратами выбора являются снотворные 3-го поколения – зопиклон (имован), производные бензодиазепинов (0,5 %

раствор диазепама 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты. В случае отсутствия эффекта целесообразно назначение нейролептиков (клозапин).

• Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома: с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 – 150 мг/сут, флуоксетин 20 – 40 мг/сут, а также показаны ноотропы, витамины (В1, В6, В12 и др.), аминокислоты, гепатопротекторы. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

Перечень основных медикаментов:

1. *Преднизолон 5 мг таб
2. *Преднизолон 30 мг /1 мл амп.
3. *Диазепам 10 мг таб
4. *Диазепам 0,5% - 2 мл амп.
5. *Клозапин 25 мг таб
6. *Галоперидол 0,5% - 1мл амп
7. *Тригексифенидил 2 мг таб
8. *Хлорпромазин 2,5% - 2мл амп
9. *Рisperидон раствор мл флак
10. *Трамадол 50 мг / 1мл амп
11. *Трамадол 50 мг капс.
12. *Амитриптилин 2,5% - 2мл амп.
13. *Натрия оксibuтират 20 % - 10 амп.
14. *Винпоцетин 2 мл амп
15. *Селимарин + фумарин капс.
16. *Тиамин 5% -1 мл амп.
17. *Пиридоксин 5% - 1мл амп.
18. *Пирацетам 20% - 5мл амп.
19. *Декстроза, р-р для инфуз. 5% 400 мл флак
20. *Натрия хлорид 0.9% р-р для инфуз 400 мл флак
21. Налтрексон 50 мг таб
22. *Спирт 70% 200 мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *карбамазепин 200 мг таб
2. *амитриптилин 25 мг таб
3. *ацетилсалициловая к-та 500 мг таб
4. *бисакодил 5 мг таб
5. *цианокобаламин 0,05% -1,0 мл амп
6. *кислота аскорбиновая 5% -1,0 мл амп
7. *токоферола ацетат 30% -1,0 мл амп
8. *никотиновая кислота 1% - 1,0 мл амп
9. *депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 80мг 2,0 мл амп
10. *фуросемид 1% - 2,0 мл амп
11. *гентамицин 4% - 1,0 мл амп
12. *цефазолин 1,0 амп
13. *ко-тримаксозол (бисептол 480) таб
14. *нистатин 500 тыс. ед. таб
15. *метронидазол 250 мг таб
16. *ципрофлоксацин 500 мг таб
17. *диклофенак натрия 3,0 мл амп
18. *диклофенак натрия 100 мг таб

19. *прокаин 0,5% -5,0 мл амп
20. *дротаверин 2,0 мл амп
21. *дифенгидрамин 1% -1,0 мл амп
22. *декстран-70 -200 мл флак
23. *ранитидин 300 мг таб
24. *уголь активированный 250 мг таб
25. *эналаприл 5 мг таб
26. *аминофиллин 2,4% - 5,0 мл амп
27. *амброксол 30 мг таб
28. *лоперамид 2мг капс

Критерии перевода на следующий этап: купирование проявлений физической и психической зависимости, редукция патологического влечения к наркотику, соматических осложнений; гарантированное (неоднократные отрицательные результаты анализов на наличие наркотиков) воздержание от употребления наркотиков; наличие установки на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр.
3. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
4. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. Москва, 2001, С. 98-115.
6. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца), М., 2000, с. 80.
7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
8. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.
9. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 57-61.
10. Пятницкая И.Н. «Наркомании» (руководство для врачей), М., «Медицина», 1994.
11. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А. «Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании» (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.) ,М., 2001, с. 70-85.
12. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001. – 48 стр.
13. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.
14. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.

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

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов

2 этап

Код протокола: 20 – 161 в

Профиль: терапевтический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. Коррекция постабстинентного состояния;
2. Развитие и стабилизация личностных и социальных свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости;
3. Реабилитация – медицинская, социальная, психологическая.

Длительность лечения: 60 (дней)

Код МКБ:

F11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Пагубное (с вредными последствиями) употребление

F11.20 - F11.23 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание.

Определение: Наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

Классификация (согласно МКБ - 10):

F11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

Пагубное (с вредными последствиями) употребление

F11.2 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости.

F11.20 - F11.23 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание.

Факторы риска:

Индивидуальные факторы риска: коморбидная психопатическая структура личности; мужской пол; наследственная отягощенность.

Групповые факторы риска: дисфункциональные семейные отношения; раннее начало употребления наркотика в референтной группе.

Социально-культуральные факторы риска: высокая распространенность традиций по употреблению наркотика; терпимое отношение микросоциума к употреблению наркотика.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. Употребление с вредными последствиями
2. Синдром зависимости
3. Состояние психологической, социальной дезадаптации.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Консультация врача нарколога
2. Исследование на ВИЧ
3. Анализ крови на реакцию Вассермана (RW)
4. Исследование на вирус гепатита В
5. Исследование на вирус гепатита С
6. Консультация врача-инфекциониста в случае положительного результата на вирус гепатита В, С.
7. Флюорография органов грудной клетки
8. Консультация врача фтизиатра в случае патологии органов грудной клетки на флюорографии.

Критерии диагностики:

1. Сильная потребность или необходимость принять наркотическое вещество.
2. Сниженная способность контролировать прием наркотического вещества.
3. Состояние отмены.
4. Повышение толерантности к эффектам наркотического вещества.
5. Продолжающееся употребление наркотического вещества вопреки явным признакам вредных последствий.
6. Прогрессирующая замена альтернативных интересов.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение мочевины и остаточного азота
4. Определение общего белка
5. Определение АЛТ и АСТ
6. Определение глюкозы
7. Определение билирубина
8. Тимоловая проба
9. Электроэнцефалография
10. Эхоэнцефалография
11. Реоэнцефалография
12. Поляризационный флуоресцентный иммуноанализ на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче
13. Иммунохроматография на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче
14. Консультация психолога

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. ЭКГ
3. Определение креатинина
4. Определение диастазы
5. Консультация терапевта
6. Консультация невропатолога

Тактика лечения:

Основные клиничко-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматический статус;
2. Патологическое влечение к психоактивному веществу;
3. Патологический личностный статус;
4. Нормативный личностный статус;
5. Дефицитарный социальный статус;
6. Уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия: адаптация к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения; идентификация наркотических веществ и их метаболитов в моче с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования; мотивационная работа, направленная на активное участие в реабилитационной программе в условиях терапевтического сообщества; программы профессиональной ориентации; культурно-развлекательные программы; спортивно-оздоровительные программы; волонтерское движение.

Основные психотерапевтические мероприятия: групповая психотерапия, основной целью которой является развитие свойств психологического здоровья - антинаркотической

устойчивости; программа социально-психологических тренингов; семейное консультирование, семейная психотерапия, групповая психотерапия со значимыми другими лицами; противорецидивная психотерапия, противорецидивные тренинги; формирование нормативной системы ценностей; создание позитивного жизненного сценария. Данные мероприятия реализуются через техники интегративно-развивающей, групповой психотерапии; адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, транзактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии; через программу социально-психологических тренингов, а также через взаимодействия в условиях терапевтического сообщества.

- Алгоритм терапии нейролептиками:

с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к наркотику, коррекции поведения препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); клозапин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.

- Алгоритм терапии антиконвульсантами:

для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сут.

- Алгоритм терапии антидепрессантами:

с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, amitриптилин в среднесуточных дозировках.

- Алгоритм терапии синдрома патологического влечения к наркотику:

при обострении патологического влечения назначаются препараты, купирующие патологическое влечение и связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства. Препаратами выбора являются нейролептики – галоперидол, клозапин (азалептин), рисперидон (рисполепт); антидепрессанты - кломипрамин, флувоксамин, amitриптилин; антиконвульсанты - карбамазепин, вальпроат натрия. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

- Алгоритм терапии диссомнических расстройств:

препаратами выбора являются снотворные 3-го поколения - зопиклон (имован), производные бензодиазепинов (0,5 % раствор диазепам 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты. В случае отсутствия эффекта целесообразно назначение нейролептиков (клозапин).

- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома:

с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 – 150 мг/сут, флуоксетин 20 – 40 мг/сут, показаны ноотропы, витамины (B1, B6, B12 и др.), аминокислоты, а также оправдано назначение гепатопротекторов. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

- Алгоритм терапии ноотропами:

применение ноотропов проводится с целью улучшения концентрации внимания, памяти, продуктивности мышления, умственной работоспособности. Препаратом выбора является пирацетам в средней суточной дозе 0,8 - 2,4 г.

- Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств:

назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности, препаратами выбора являются: ноотропы (пирацетам), аминокислоты (глутаминовая кислота), витамины (B1, B6, B12, аскорбиновая, никотиновая кислота). Физиотерапия (акупунктура, электросон).

• Алгоритм терапии обезболивающими препаратами:
резидуальные болевые ощущения в структуре постабстинентных нарушений купируются ненаркотическими анальгетиками (диклофенак, кеторолак).

Перечень основных медикаментов:

1. *преднизолон 5 мг, таб.
2. *диазепам 10 мг, таб.
3. *диазепам 0,5% - 2мл, амп.
4. *трамадол 50 мг/1 мл амп
5. *трамадол 50 мг капс
6. *рисперидон раствор, мл флак
7. *хлорпромазин 2,5% -2мл амп.
8. *галоперидол 0,5% -1мл амп
9. *тригексифенидил 2 мг таб
10. *натрия оксибутират 20% -10мл амп
11. *клозапин 25 мг таб
12. *амитриптилин 25мг таб
13. *амитриптилин 2,5% - 2мл амп
14. *пирацетам 20%- 5 мл амп
15. *пирацетам 400 мг таб
16. *винпоцетин 5 мг таб
17. *винкамин 2 мл амп
18. *метоклопрамид 10 мг таб
19. *селимарин + фумарин капс.
20. *тиамин 5% -1 мл амп
21. *пиридоксин 5% -1 мл амп
22. *декстроза, р-р для в/в инфуз. 5% 200 мл флак
23. *натрия хлорид 0,9% р-р для в/в инфуз 200 мл флак
24. налтрексон 50 мг таб
25. *70% спирт 200 мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *имипрамин 25 мг таб
2. *карбамазепин 200 мг таб
3. *депротеинизированный гемодереват из телячей крови 80мг 2,0 мл амп
4. *циннаризин 25 мг таб
5. *парацетамол 500 мг таб
6. *аминофиллин 2,4% 5,0 мл
7. *ципрофлоксацин 500 мг
8. *гентамицин 4% 1,0 мл амп
9. *цефазолин 1,0 амп
10. *ко-тримаксозол 480 таб
11. *нистатин 500 тыс. ед. таб
12. *метронидазол 250 мг таб
13. *бисакодил 5 мг таб
14. *никотиновая кислота 1% 1,0 мл амп
15. *цианокобаламин 0,05% 1,0 мл амп
16. *кислота аскорбиновая 5% 1,0 мл амп
17. *токоферола ацетат 30%-1 мл амп
18. *фуросемид 1% 2,0 мл амп
19. *гидрохлортиазид 25 мг таб

20. *диклофенак натрия 3,0 мл амп
21. *диклофенак натрия 150мг таб
22. *прокаин 0,5% 5,0 мл амп
23. *дротаверин 2,0 мл амп
24. *дротаверин 40 мг таб
25. *хлоропирамин 20мг- 1,0 мл амп
26. *дексран 70 - 200 мл флак
27. *панкреатин 4500 ЕД таб
28. *нафазолин 0,1% 10,0 мл флак
29. *ранитидин 300 мг таб
30. *уголь активированный 250 мг таб
31. *атенолол 50 мг таб
32. *амброксал 30 мг таб.
33. *лоперамид 2 мг таб

Критерии перевода на следующий этап лечения: купирование проявлений постабстинентных расстройств, соматических осложнений, преморбидной патологии; гарантированное (неоднократные отрицательные результаты анализов на наличие наркотиков) воздержание от употребления наркотиков; отсутствие проявлений патологического влечения с нормализацией сна, настроения и поведения; наличие конструктивных форм поведения, расширяющих нормативный круг общения и интересов; наличие установки на отказ от употребления наркотиков и позитивный образ жизни.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Белокрылов Н.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных / В кн.: Руководство по наркологии. – Т. 2, под ред. Н.Н. Иванца, Медпрактика. – М., 2002. – С. 120-172
3. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ. В кн.: Лекции по наркологии, под ред. проф. Иванца Н.Н.: «Нолидж». М., 2000, С. 309-341.
4. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр.
5. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). – Москва, 2002. – 105 стр.
6. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
7. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
8. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. Москва, 2001, С. 98-115.
9. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца), М., 2000, с. 80.
10. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
11. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.

12. Москаленко В. Созависимость при алкоголизме и наркомании. М., 2002, 112 стр.
13. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 57-61.
14. Пятницкая И.Н. «Наркомании» (руководство для врачей), М., «Медицина», 1994.
15. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А «Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании» (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.) ,М., 2001, с. 70-85.
16. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001. – 48 стр.
17. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.
18. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.

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

Рассеянный склероз

Код протокола: 01-0076

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: Снижение и восстановление неврологического дефицита, достижение стойкой ремиссии, купирование осложнений, улучшение качества жизни.

Длительность лечения: индивидуально

Код МКБ: G35 Рассеянный склероз

Определение: **Рассеянный склероз (РС)** - хроническое, прогрессирующее, демиелинизирующее заболевание нервной системы, развивающееся на фоне вторичного иммунодефицита, характеризующееся признаками многоочагового поражения белого вещества головного и спинного мозга, приводящее к тяжелой инвалидизации.

Классификация:

По течению заболевания:

1. Рецидивирующая - ремитирующая форма между обострениями болезнь не прогрессирует;
2. Первично прогрессивная форма (постоянное прогрессирование неврологических расстройств отмечается с самого начала болезни);
3. Вторично прогрессивная форма (постепенное усиление неврологических расстройств);
4. Прогрессивно - рецидивирующая форма (обострения накладываются на первично прогрессирующее течение)

Факторы риска: Встречается преимущественно у лиц молодого возраста (20-40 лет). Чаще болеют женщины. Развитие РС обусловлено взаимодействием средовых факторов - вирусной инфекцией (например, ретровирусы, вирус кори, краснухи, гриппа), географическим фактором и генетически определяемой восприимчивостью. У прямых родственников больных РС риск возникновения заболевания в 20-50 раз выше, чем в общей популяции.

Патогенез: В основе РС лежит универсальный патологический процесс. Он складывается из комплекса иммунопатологических и патохимических реакций, развивающихся в иммунокомпетентных клетках, клетках нервной системы. Иммунные реакции при РС изменяются, как и при других заболеваниях с аутоиммунным компонентом, то есть характеризуются:

- образованием аутоантител;
- функциональной недостаточностью Т-лимфоцитов;
- нарушением равновесия между активностью комплемента и образованием антител;
- образованием иммунных комплексов.

Показателем аутоиммунной природы патологического процесса при РС является уменьшение числа и активности Т-супрессоров в крови в период обострения заболевания. При переходе стадии обострения РС в ремиссию число Т-супрессоров даже превышает нормальный уровень, а в стадии ремиссии эти показатели находятся в пределах нормы.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации: впервые выявленный рассеянный склероз, обострение заболевания с усилением неврологического дефицита, появление новой очаговой симптоматики, зрительных расстройств, психических нарушений и т.д.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Магнитно-резонансная томография
4. Консультация офтальмолога

Критерии диагностики: Диагностика РС базируется, в основном, на трех основных методах:

- тщательное клиническое наблюдение (признаки многоочагового поражения);
- диагностика с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ);
- нейроиммунологические исследования.

Клинически достоверный диагноз у больных с ремитирующим течением и признаками как

минимум двух очагов в белом веществе разных отделов ЦНС.

Вероятный диагноз устанавливается при наличии признаков мультифокального поражения белого вещества, но лишь при одном клинически явном обострении или выявлении признаков 1 очага, но анамнестически не менее 2-ух обострений.

Наиболее информативным и перспективным методом топической диагностики РС является МРТ, которая дает возможность прижизненной визуализации многоочаговости поражения ЦНС при РС и в динамике позволяет судить о стадии процесса демиелинизации у конкретного больного. Однако результаты МРТ, взятые изолированно (без учета клинической картины заболевания), не являются абсолютным критерием в постановке диагноза РС.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Консультация офтальмолога (исследование остроты зрения, глазного дна, полей зрения)
4. Магнитно-резонансная томография
5. Биохимический анализ крови

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Анализ цереброспинальной жидкости
2. Компьютерная томография
3. Консультация ревматолога
4. Консультация терапевта
5. Консультация уролога
6. Консультация инфекциониста
7. Электроэнцефалография
8. Электрокардиография

Тактика лечения: Лекарственных препаратов, позволяющих излечить РС нет. Главной задачей при терапии РС является достижение стойкой ремиссии, следует помнить, что от своевременно поставленного диагноза в значительной мере зависит эффективность лечения заболевания. Лучшие результаты можно достичь при комбинации лекарственного лечения, реабилитации и соответствующего образа лечения.

Весь комплекс лечебных средств при РС можно подразделить на две основные группы – патогенетические и симптоматические.

Патогенетическое лечение направлено на предупреждение деструкции ткани мозга активированными клетками иммунной системы. Большинство средств этой группы – иммуномодуляторы, которые влияют на иммунорегуляцию, состояние гематоэнцефалического барьера. К ним относятся: иммуносупрессоры – глюкокортикоиды (метилпреднизолон). Иммуномодуляторы - интерферон - бета-1б или его аналоги (наиболее эффективны, позволяют уменьшить число рецидивов и предотвращает образование новых очагов). Рекомендуемая доза 0,25 мг (8 млн. МЕ), которая содержится в 1 мл приготовленного раствора, вводят подкожно, через день. Статистически достоверные результаты базовых исследований позволили Американской Ассоциации Неврологии дать интерферону бета-1б самый высокий уровень рекомендаций – рекомендации типа А для лечения рецидивирующе-ремиттирующего и вторично-прогрессирующего РС. Лечение должно быть продолжительным патологический процесс при РС остается чувствительным к терапии бета-интерфероном длительное время. Раннее начало лечения препаратами бета-интерферона уменьшает накопление неврологического дефицита и отодвигает наступление инвалидизации.

Пациенты с обострением РС (включая неврит зрительного нерва) должны получать высокие дозы кортикостероидов. Курс должен быть начат как можно раньше: Метилпреднизолон в/в по 1 г в сутки в течение 3 - 5 дней с последующим переходом на прием внутрь преднизолона. В первую неделю больной принимает преднизолон в дозе 1 мг/кг в сутки, а затем проводит

быстрое снижение дозы вплоть до полной отмены в течение 1 – 2 недель. Необходимо избегать частого применения (более 3 раз в год) или продолжительного приема кортикостероидов (более чем 3 недели). Если рецидив вызван вирусной или бактериальной инфекций, нельзя назначать глюкокортикоиды.

В тяжелых случаях рекомендован плазмозамен.

В плане реабилитационной терапии может быть рекомендованы массаж и ЛФК.

Симптоматическое лечение:

1. Следует уделять внимание поддержанию общего самочувствия, рекомендуют препараты улучшающие микроциркуляцию крови – декстраны на курс лечения 2-3 раза от 200 до 400 мл, ноотропы (пирацетам 20% -5мл на курс лечения от 5 до 10 раз, депротеинизированный гемодериват из телячьей крови драже от 200 до 600 мг или 40 мг внутри мышечно, комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи в дозе от 50,0 до 100,0 мл внутривенно на курс лечения от 5 до 10 инъекций).
 2. Спастичность мышц не всегда вредна, она может в определенной степени облегчать передвижение при слабости мышц нижних конечностей. При лечении спастичности мышц назначаются препараты баклофен (начальная дозировка – 5 мг 2-3 раза в сутки; обычная дозировка – от 20 до 30 мг/сут) или толперизон от 50 до 150 мг/сутки.
 3. При нарушении функций мочевого пузыря необходимо назначать адекватное лечение по данным урологического осмотра. Нарушение функций мочевого пузыря может приводить к развитию инфекции мочевыводящих путей. Некоторым больным показаны периодические катеризации, а также промывание мочевого пузыря растворами антисептиков и антидепрессантов. Для контроля частоты мочеиспускания назначается десмопрессин 100-400 мкг перорально или 10-40 мкг интраназально один раз в сутки. При недержании мочи показан оксibuтинин от 5 до 15 мг/сутки.
 4. При запорах необходимо при помощи слабительных или очистительных клизм добиваться регулярного стула.
 5. При диагностике депрессии необходимо назначить антидепрессанты
- Консультации и реабилитационные мероприятия необходимо проводить через определенные промежутки времени. При назначении лечения и реабилитационных мероприятий на приеме у врача желательно присутствовать членам семьи больного.

Перечень основных медикаментов:

1. *Метилпреднизолон 4 мг, табл, порошок для приготовления инъекционного раствора 40 мг, 125 мг, 250 мг, 500 мг
2. *Бетаферон 8 млн МЕ подкожно через день
Интерферон - бета-1б, стерильный лиофилизированный порошок.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Баклофен 10 мг, 25 мг, табл
2. *Толперизон 50 мг драже, 150 мг раствор для инъекций 100 мг
3. *Декстран, раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл
4. Оксibuтинин гидрохлорид 5 мг, табл
5. *Флуоксетин 20 мг, капс
6. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг, драже
7. *Комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи, раствор для инъекций 5, 10 и 20 мл
8. *Пирацетам 200 мг, табл., раствор для инъекций в ампулах 20% 5 мл
9. *Винпоцетин 10 мг табл
10. *Диазепам, раствор для инъекций в ампуле 10 мг 2мл
11. *Пиридоксин гидрохлорид 200 мг табл
12. *Тиамин гидрохлорид 100 мг табл
13. *Цианкоболамин 200 мкг табл
14. *Токоферол ацетат масляный раствор в ампулах по 1 мл 5%; 10%, в капсулах 50%
15. *Аскорбиновая кислота раствор для инъекций в ампуле 5%, 10% 2мл, 5 мл

16. Плазмоферез

Критерии перевода на следующий этап:

Снижение или восстановление нарушенных функций ЦНС (зрительных расстройств, двигательных, координаторных, чувствительных, тазовых функций, психических нарушений)

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002 год
2. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко.М.2004
3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Выпуск 2.2003
4. Multiple sclerosis. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care National Institute for clinical excellence. 2004.
2. The use of mitoxantrone for the treatment of multiple sclerosis: report of the Therapeutics and Technology assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. 2003.
3. The IFNB Multiple Sclerosis Study Group and the University of British Columbia MS/MRI Analysis Group. Interferon beta-1b in treatment of multiple sclerosis. Final outcome of the randomized controlled trial. Final outcome of the randomized controlled trial // Neurology.- 1995.- V. 45.- P. 1277-1285.
4. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н., Хачанова Н.В. Некоторые вопросы терапии препаратами бета-интерферона // Журнал неврологии и психиатрии. Спец. выпуск: Рассеянный склероз.- 2003.- № 2.-С. 98-102.
5. Gold R. Adherence to treatment: value of patient support. Oral presentation at International Sobering Symposium. Copenhagen, 2004.

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

Расстройства личности органической природы

Код протокола: 16-162а

Профиль: терапевтический (психиатрический)

Этап: стационар

Цель этапа:

1. Купирование психопатоподобной симптоматики и нивелирование расстройств влечений, улучшение качества жизни;
2. Обеспечение социальной помощи психически больным;
3. Проведение различных экспертиз;
4. Подбор терапии;
5. Окончание сроков принудительного лечения (по решению суда).

Длительность лечения:

30-60 дней – зависит от резистентности состояния, социальных факторов.

Возможно изменение сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми актами Республики Казахстан.

- отказ от лечения (ст.12 «Отказ от лечения», ЗРК от 16.04.1997г. № 96-1) – на любом этапе лечения;
- принудительное лечение (может быть прекращено только по решению суда – сроки не ограничены);
- различные экспертные вопросы (МСЭК-4 месяца, судебно-психиатрическая экспертиза- 30 дней, военная экспертиза – 30 дней, по линии общественно-консультативного экспертного совета- 30 дней);
- возможно побег.

Коды МКБ:

F – 07.0. Органические расстройства личности

F – 07.1. Постэнцефалитический синдром

F - 07.2. Посткоммоционный синдром

F – 07.8. Другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга.

F –07.9. Неуточненные расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга (включается психоорганический синдром).

Определение: **Органические расстройства личности** – это расстройства вследствие органического повреждения головного мозга, проявляющиеся личностными и поведенческими нарушениями.

Классификация: по кодам МКБ-10

Факторы риска:

Церебрально-органические поражения по своей природе полиэтиологичны. Наряду с хорошо изученными экстрацеребральными вредностями, такими как ЧМТ, инфекции и интоксикации всё чаще приходится сталкиваться с новыми формами экзогенных заболеваний головного мозга: СПИД, атипичная пневмония, постстрессовая болезнь, новые токсические вещества.

Поступление: плановое, неотложное, недобровольное.

Показания для госпитализации:

1. Нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно – восстановительных мероприятиях в условиях стационара – неправильное (неадекватное поведение) вследствие продуктивной симптоматики (психомоторное возбуждение, патологическая импульсивность, депрессивные и маниакальные состояния, суицидальные тенденции, психопатоподобные проявления, невротоподобные расстройства и т.д.);
2. Социальные показания;
3. Больные, направленные судебными органами в установленном порядке на принудительное лечение;

4. Лица, направленные в установленном порядке на стационарную судебно-психиатрическую, военную экспертизы;
5. Лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов;
6. Необходимости подбора терапии.

Показания для недобровольной госпитализации (ст. 29 ЗРК от 16.04.1997г. № 96-1):

1. Непосредственная опасность для себя и окружающих;
2. Беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода;
3. Существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Показания для неотложной госпитализации (приложение № 10 к приказу Комздрава МОК и ЗРК от 13 мая 1998 года № 269):

1. Суицидальные тенденции;
2. Психопатоподобные синдромы с патологией влечений и повышенной поведенческой активностью;
3. Состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество.

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне правильным поведением.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Консультация психиатра;
2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);
3. Микрореакция (или кровь на RW).

Необходимый объем обследований перед недобровольной и неотложной госпитализацией:

1. Осмотр психиатра, в том числе в приёмном покое психиатрического стационара.

Критерии диагностики:

1. Основным является клиническое исследование, куда входят:
 - расспрос;
 - наблюдение;
 - сбор субъективного и объективного анамнеза;
 - изучение творчества больных.
2. Общесоматическое и неврологическое исследование.
3. Экспериментально – психологическое исследование (первичное).
4. Инструментальные методы исследования (ЭЭГ, РЭГ, УЗДГ, Рентген черепа, при необходимости компьютерная томография и др.) в целях верификации патоморфологического субстрата.
5. Лабораторные исследования в целях верификации соматического заболевания.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Анализ крови на сахар (после 40 лет);
6. Консультация: окулиста (исследование глазного дна);
7. Консультация: терапевта;
8. Консультация: невропатолога;
9. Экспериментально – психологическое исследование (первичное) – диагностика нарушений психических процессов и психических свойств личности в целях распознавания и дифференциальной диагностики психических заболеваний.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Экспериментально – психологическое обследование (повторное) – распознавание динамики нарушений психических процессов и психических свойств личности в процессе лечения;
2. Компьютерная томография головного мозга – для дифференциальной диагностики, по назначениям невропатолога;
3. Электроэнцефалография – для дифференциальной диагностики, по назначениям невропатолога;
4. Ультразвуковая доплерография – для дифференциальной диагностики, по назначениям невропатолога;
5. Электрокардиография – выявление сопутствующих кардиологических изменений, а также с учетом кардиотоксичности ряда психотропных препаратов;
6. Флюорография легких – при неотложной или недобровольной госпитализации; с целью профилактики распространения легочных форм туберкулеза (проводить один раз в год);
7. Микрореакция – при неотложной или недобровольной госпитализации; с целью профилактики распространения сифилиса;
8. Исследование кала на диз.группу;
9. Исследование кала на я/г.

Тактика лечения:

Основная тактика лечения органических расстройств личности направлена в первую очередь на купирование психопатоподобного возбуждения, воздействия на эмоциональную и когнитивную сферы, улучшение качества жизни. Для этой цели необходимо применение комплекса препаратов, корректоров поведения и седативным действием антидепрессанты и нормотимики, ноотропы, сосудистые препараты, общеукрепляющие и витаминные препараты. Следует отметить, что подбор психотропных препаратов строго индивидуален, с учетом многообразия клинических проявлений, индивидуальной переносимости пациента на лекарственные вещества.

-Хлорпромазин (амп.) 2,5% - 2,0х3р. в сутки, курсом 10 дней-купирование психомоторного возбуждения (максимальная разовая 150 мг, суточная 100 мг), с возможным последующим переводом на пероральный прием аминазина от 25-50 мг в сутки до достижения терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 300 мг, суточная 1500 мг) – упорядочение поведения, с учётом общего антипсихотического воздействия (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить под контролем артериального давления, при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;

-Левомепромазин при возбуждении начинают с парентерального введения 0,025-0,075 г (1-3 мл 2,5% раствора), при необходимости увеличивают суточную дозу до 0,2-0,25 г в сутки (иногда до 0,35-0,5 г) при в/м введении и до 0,75-0,1 г при введении в вену. По мере терапевтического эффекта парентеральное введение постепенно заменяют на пероральное. Внутрь назначают по 0,05-0,1 г (до 0,3-0,4 г) в сутки. Курсовое лечение начинают с суточной дозы 0,36г внутрь и до терапевтического эффекта. К концу стационарного лечения дозу постепенно уменьшают и назначают для поддерживающей терапии 0,025-0,1 г в сутки – перорально с начальной дозы 25 мг, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная разовая доза до 100 мг). Общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, устранение психомоторного возбуждения, тревоги (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить под контролем артериального давления, при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;

- Клозапин назначают внутрь после еды, 2-3 раза в день. Начальная доза 25 мг 2-3 раза в сутки, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта в среднем 200-400 мг в сутки (максимально до 600 мг) – общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, не вызывает общего сильного угнетения, как аминазин и другие алифатические фенотиазины.

- Флуоксетин при адинамических депрессиях, начиная с 20 мг утром с повышением дозы до 60 мг. В отличие от амитриптина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки.
- Милнаципран – капсулы 50 мг 2 раза в сутки, при отсутствии терапевтического эффекта возможно повышение дозы до 200 мг в сутки (100 мг 2 раза) (рекомендуемые терапевтические дозы 50-150 мг в сутки) оказывает сбалансированное действие на депрессивные состояния различной степени тяжести, минимизация побочных эффектов, возможность назначения у пациента с сопутствующими соматическими заболеваниями.
- Вальпроевая кислота 300 мг до 1200 мг в качестве нормотимика.
- Рисперидон – оральный раствор 30 мл (1 мл-1 мг), начальная доза 2 мг в сутки, средняя терапевтическая доза 4-6 мг не всегда требует назначений, дополнительного применения корректоров. Воздействие на волевую и когнитивную сферы, а также сопутствующие аффективные расстройства. Благодаря сбалансированному дофамин-серотонинэргическому антагонизму, позволяет достичь глубокой ресоциализации пациентов, удлинению сроков ремиссии, сокращает количество обострений и сроки стационарного лечения. Улучшение качества жизни и лучшей социальной адаптации.
- Тиоридазин до 100 мг в сутки, который уменьшает раздражительность, агрессивность, обладает мягким эффектом, не вызывает сонливости, вялости, заторможенности. Назначают после еды внутрь, начальная доза составляет от 10 до 40 мг в сутки, с постепенным повышением дозы до 100-150 мг в сутки.
- Диазепам до 40-60 мг в сутки, чаще при возбуждении и при бессоннице. Начальная доза от 10 мг в/м до 60 мг в сутки.
- Пирацетам для активизации интегративных механизмов мозга, повышение резистентности головного мозга к повреждающим, особенно гипоксическим воздействиям, при ослаблении интеллектуально-мнестической сферы по 15,0 в/в на физрастворе 200,0 и до 1600 мг в сутки в капсулах.

В лечении необходимо применение различных видов и форм психотерапии:

1. Групповая, которая должна включать в себя:
 - поведенческая психотерапия - в целях адаптации пациента в современных условиях, развитие навыков, для облегчения ресоциализации;
 - когнитивная – осознания заболевания, болезненности болезненных переживаний, необходимости приема лечения и т.д.;
 - группы общения, поддержки - улучшение качества жизни.
2. Семейная психотерапия – работа с родственниками пациентов:
 - системная – необходимость обучения поведения членов семьи пациента в соответствии с клиническими проявлениями;
 - стратегическая – возможные перспективы у пациента, как добиться наиболее благоприятных перспектив;
 - рациональная – информация о заболевании, возможные исходы и т.д.
3. Индивидуальная (как правило, рациональная).

Перечень основных медикаментов:

1. * Хлорпромазин 2,5% раствор - 2 мл; драже, таблетки 0,025; 0,05
2. Левопромазин 2,5% раствор - 1 мл; таблетки 0,025
3. *Клозапин таблетки 0,025, 0,1
4. *Флуоксетин капсулы 0,02
5. Милнаципран капсулы 0,025, 0,05
6. *Вальпроевая кислота таблетки 0,3, 0,5
7. *Рisperидон раствор для приема внутрь 30 мл (1 мл-1 мг)
8. Тиоридазин драже 0,01; 0,025; 0,1
9. *Диазепам 10 мг – 2 мл (ампулы)
10. *Диазепам таблетки 0,01; 0,005

11. *Пирацетам амп. 20% - 10 мл;
12. *Пирацетам капсулы, таблетки 0,4

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

Достижение терапевтической (медикаментозной) ремиссии, подбор поддерживающей терапии, окончание экспертных вопросов, принудительного лечения, решение социальных вопросов.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Г.И.Каплан, Б.Дж. Сэдок. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002.
4. Руководство по психиатрии / Под редакцией А.С. Тиганова, Т 1-2. – Москва «Медицина», 1999.
5. Общая психопатология (Руководство для врачей)/Под руководством Н.Т.Измайловой.
6. Джекобсон Дж., Джекобсон А. Секреты психиатрии. Москва – 2005.

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

Сахарный диабет, декомпенсация без специфических осложнений

Код протокола: 10-1046

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: определение тактики ведения пациента, подбор адекватной дозы сахароснижающих препаратов, обучение больного, клиническое улучшение состояния больного, улучшение показателей углеводного обмена

Длительность лечения: 12 дней

Коды МКБ:

E10 Инсулинозависимый сахарный диабет

E11 Инсулинонезависимый сахарный диабет

E12 Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания

E 13 Другие уточненные формы сахарного диабета

E 14 Сахарный диабет неуточненный

Определение: Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Классификация: ВОЗ, 1999

Тип СД	Характеристика заболеваний
Сахарный диабет 1 типа • Аутоиммунный • Идиопатический	Деструкция β -клеток поджелудочной железы с развитием абсолютной инсулиновой недостаточности
Сахарный диабет 2 типа	Преимущественная инсулинорезистентность и относительная инсулиновая недостаточность или преимущественный дефект секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее
Гестационный сахарный диабет	Возникает во время беременности и заканчивается после ее окончания
Другие типы сахарного диабета	• Генетические дефекты функции β-клеток • Генетические дефекты в действии инсулина • Болезни экзокринной части поджелудочной железы • Эндокринопатии • Диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями • Диабет, индуцированный инфекциями • Необычные формы иммуно-опосредованного диабета • Другие генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом

СД 1 типа (СД 1) – полиэтиологический синдром, обусловленный абсолютным дефицитом инсулина, приводящим к нарушению углеводного, а затем и других видов метаболизма. СД 1 развивается в результате аутоиммунного разрушения инсулинпродуцирующих клеток поджелудочной железы (аутоиммунный вариант) или спонтанно (идиопатический вариант). Заболевание чаще развивается у лиц до 30 лет (в 20-25% случаев позднее).

СД 2 типа (СД 2) – хроническое заболевание, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью либо преимущественным дефектом секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее. Обычно диагностируют у лиц старше 35-40 лет. СД 2 составляет около 80% всех случаев СД.

Определение степени тяжести сахарного диабета

• Сахарный диабет легкого течения*	• Хороший метаболический контроль достигается без применения сахароснижающих препаратов • Нет микро- и макрососудистых осложнений диабета
• Сахарный диабет средней	• Для контроля гликемии необходимы сахароснижающие

степени тяжести	препараты ● Начальные проявления специфических осложнений диабета
● Сахарный диабет тяжелого течения	● Выраженные проявления специфических осложнений диабета с нарушением трудоспособности ● Лабильное течение СД 1 типа

*Легкого течения СД 1 типа не бывает

Факторы риска:

Факторы риска СД 1: отягощенная наследственность по СД 1, некоторые инфекционные заболевания (краснуха, грипп и т.д.)

Факторы риска СД 2: отягощенная наследственность по СД 2, ожирение, АГ, гестационный СД в анамнезе, дети, родившиеся массой 4,0 кг и более, женщины, родившие детей массой 4,0 кг и более.

Факторы риска декомпенсации СД 1 и СД 2:

Поздняя диагностика заболевания

Несоблюдение рекомендаций врача (нарушение диеты, приема сахароснижающих препаратов, в т.ч. инсулина)

Присоединение интеркуррентных заболеваний

Поступление: плановое или экстренное

Показания для госпитализации:

1. Впервые выявленный сахарный диабет 1 типа
2. Декомпенсация СД 1 или СД 2 при неэффективности амбулаторного лечения
3. Тяжелые гипогликемические или постгипогликемические состояния
4. Гиперосмолярная, молочнокислая комы
5. Прогрессирование осложнений СД 1 или СД 2
6. Экспертиза тяжести заболевания для МСЭК

Необходимое обследование перед плановой госпитализацией:

1. Определение уровня гликемии
2. Определение кетонурии
3. ОАК
4. ОАМ
5. ЭКГ
6. ФГ органов грудной клетки (по показаниям – R-графия)
7. Микрореакция
8. Осмотр окулиста

Критерии диагностики:

СД 1 типа обычно имеет яркое манифестное начало: жажда, полиурия, снижение веса, слабость и т.д. Этот тип диабета более характерен для лиц молодого возраста, в т.ч. детей.

В отличие от диабета 1 типа, СД 2 типа, как правило, начинается исподволь, незаметно для больного и врача. Симптомы обычно неспецифичны и могут встречаться также при многих других заболеваниях: слабость, недомогание, снижение работоспособности, апатия. СД 2 типа чаще встречается у пожилых людей с избытком массы тела. Однако в последние годы отмечено учащение заболевания у детей.

Показания к исследованию состояния углеводного обмена:

1. Наличие сахарного диабета у родственников первой линии родства
2. Ожирение
3. Дети, родившиеся массой 4,0 кг и более
4. Женщины, родившие детей массой 4,0 кг и более
5. Женщины с гестационным диабетом в анамнезе
6. АГ $\geq 140/90$ мм. рт. ст.
7. Гипергликемия в анамнезе
8. Наличие кардиоваскулярных расстройств

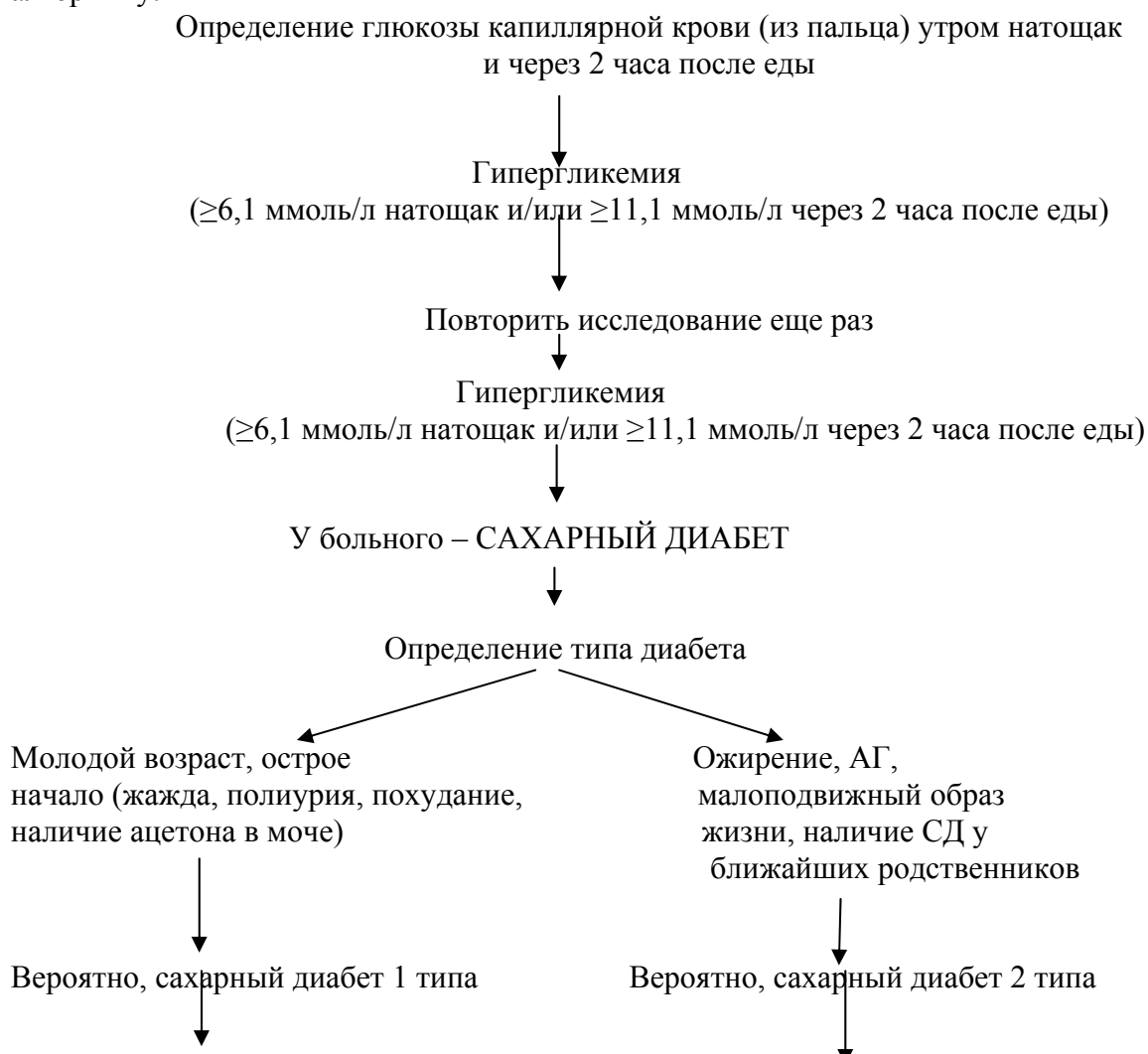
9. Наличие жажды, полиурии, похудания, рецидивирующих гнойно- воспалительных расстройств

Диагностические критерии СД и других нарушений углеводного обмена (ВОЗ, 1999)

КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ, ммоль/л			
	Цельная кровь		Плазма
	Венозная	Капиллярная	Венозная
	НОРМА		
Натощак и через 2 ч. после ГТТ	3,3-5,5	3,3-5,5	4,0-6,1
	<6,7	<7,8	<7,8
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ			
Натощак или через 2 ч. после ГТТ или через 2 ч. после приема пищи (постпрандиальная гликемия) или случайное определение гликемии в любое время дня вне зависимости от времени приема пищи	≥6,1	≥6,1	≥7,0
	≥10,0	≥11,1	≥11,1
	≥10,0	≥11,1	≥11,1

Стратегия диагностики и лечения сахарного диабета

Как при наличии классических симптомов (жажда, полиурия, слабость, похудание), так и при их отсутствии диагностика сахарного диабета должна осуществляться по следующему алгоритму.



Низкий уровень ИРИ и С-пептида в крови, высокий титр специфических антител: GAD, IA-2

Сахарный диабет 1 типа

√Планирование питания
√Пожизненная заместительная инсулинотерапия по интенсифицированной схеме
√Физические нагрузки
√Обучение
√Самоконтроль

Нормальный, повышенный или незначительно сниженный уровень ИРИ и С-пептида в крови, отсутствие специфических антител: GAD, IA-2

Сахарный диабет 2 типа

√Диета
√В большинстве случаев сахароснижающие таблетки
√По показаниям инсулинотерапия
√Физические нагрузки
√Обучение
√Самоконтроль

Примечание: гликемия натощак $<6,1$ ммоль/л при перечисленных выше состояниях является показанием для проведения теста на толерантность к глюкозе.

Критерии компенсации углеводного обмена при СД 1 типа

ПОКАЗАТЕЛЬ		Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация
HbA1C, %		6,0-7,0	7,1-7,5	$>7,5$
Глюкоза в крови, ммоль/л	Гликемия натощак	5,0-6,0	6,1-6,5	$>6,5$
	Через 2 ч после еды	7,5-8,0	8,1-9,0	$>9,0$
	Гликемия перед сном	6,0-7,0	7,1-7,5	$>7,5$

Критерии компенсации углеводного обмена при СД 2 типа

ПОКАЗАТЕЛЬ		Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация
HbA1C, %		6,0-6,5	6,6-7,0	$>7,0$
Глюкоза в крови, ммоль/л	Гликемия натощак	5,0-5,5	5,6-6,5	$>6,5$
	Постпрандиальная гликемия (через 2 ч после еды)	$<7,5$	7,5-9,0	$>9,0$
	Гликемия перед сном	6,0-7,0	7,1-7,5	$>7,5$

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (с лейкоцитарной формулой) – 1 раз
2. Общий анализ мочи – 1 раз
3. Определение уровня глюкозы:

- Проведение гликемического профиля (натощак, через 2 часа после завтрака, перед обедом, через 2 часа после обеда, перед ужином, через 2 часа после ужина, перед сном – в 22.00, в 3.00 ночи) – 3 раза

- При необходимости почасовой контроль гликемии до стабилизации состояния (10 – 15 определений).

4. Определение уровня общего холестерина – 1 раз

5. Определение уровня триглицеридов – 1 раз

6. Определение микроальбуминурии – 1 раз

7. Определение креатинина – 1 раз

Перечень дополнительных диагностических мероприятий (по показаниям):

1. Определение гликированного гемоглобина

2. Определение билирубина

3. Электрокардиография

4. УЗИ органов брюшной полости

5. Допплерометрия сосудов нижних конечностей

6. Р-графия органов грудной клетки

7. Консультация окулиста

Тактика лечения СД 1:

1. Питание: стол №9, низкокалорийная диета соответственно суточной потребности пациента в энергии (рекомендуется расчет по эквивалентам).

2. Инсулинотерапия

Рекомендуемые режимы введения инсулина

✓ Базис – болюсный режим (интенсифицированная терапия): перед завтраком, обедом и ужином – инсулин короткого или ультракороткого действия, перед завтраком и перед сном (или перед ужином) – в равных дозах инсулин средней продолжительности действия.

✓ Перед завтраком, обедом и ужином – инсулин короткого или ультракороткого действия, перед завтраком или перед сном – беспииковый инсулин.

✓ Перед завтраком, обедом и ужином – инсулин короткого или ультракороткого действия, перед завтраком, обедом и перед сном – инсулин средней продолжительности действия.

✓ В отдельных случаях: перед завтраком и ужином – НовоМикс30, перед обедом – инсулин короткого или ультракороткого действия.

По показаниям: интенсивная инсулинотерапия (внутривенное введение растворов инсулина 0,1 ЕД/кг с помощью инфузомата) или дробное введение инсулина короткого действия через каждые 3-4 часа под контролем уровня гликемии.

3. Другие лекарственные средства:

По показаниям: гипотензивная терапия, низкомолекулярные гепарины, антибиотикотерапия с противогрибковыми препаратами, лечение дислипидемии. При наличии осложнений диабета (нефропатии, нейропатии, ретинопатии, гепатоза и т.д.) – лечение по стандарту СД с наличием специфических осложнений; при наличии сопутствующих заболеваний – лечение по протоколу соответствующего заболевания.

4. Обучение больного

Тактика лечения СД 2:

1. Питание: стол №9, при избыточной массе тела – субкалорийная диета (1200 – 1500 ккал/сут), при нормальной массе тела - низкокалорийная диета соответственно суточной потребности пациента в энергии (рекомендуется расчет по эквивалентам).

2. Сахароснижающая терапия:

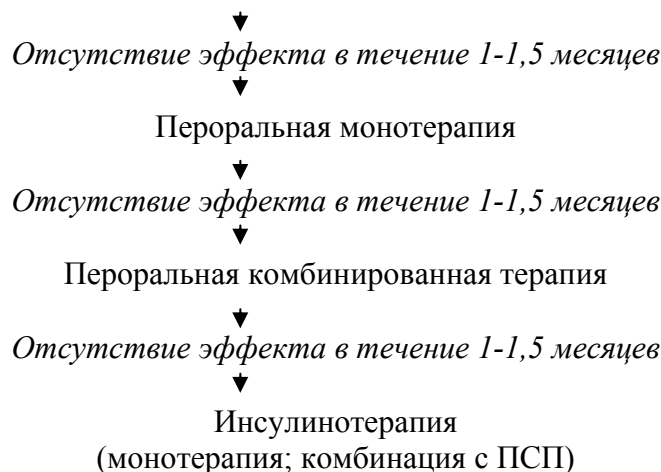
Общая стратегия лечения пациентов с СД 2

Установление диагноза СД 2



Оптимизация образа жизни

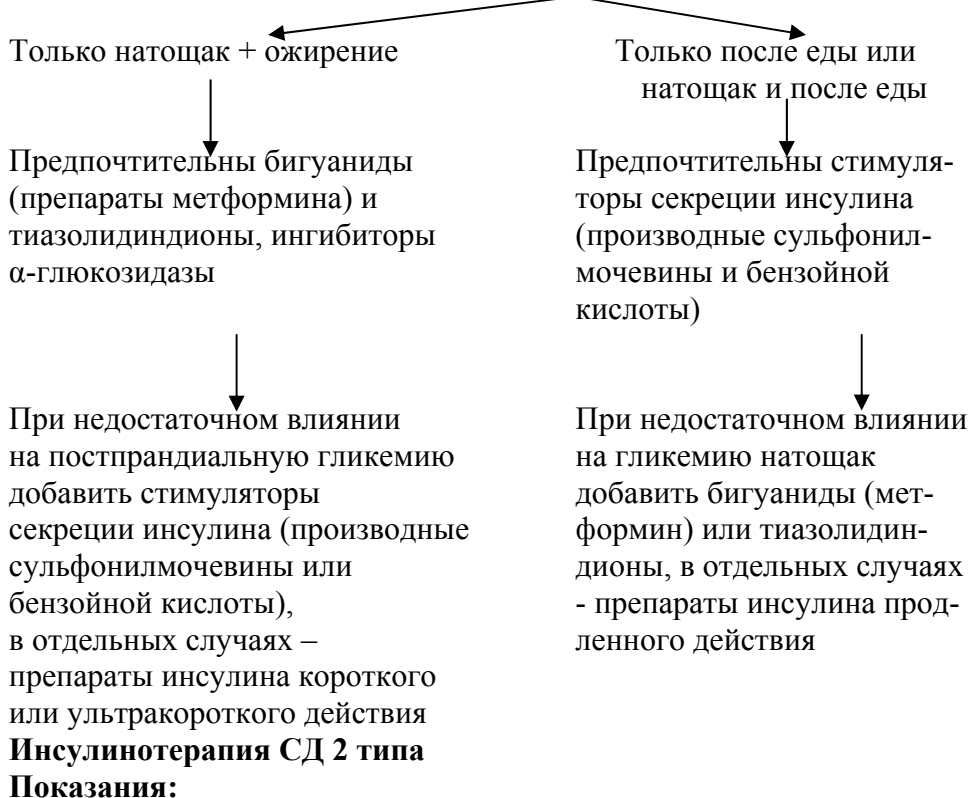
(диета, физическая нагрузка при отсутствии противопоказаний, гиполипидемическая терапия, прекращение курения, самоконтроль)



Механизм действия пероральных сахароснижающих препаратов

ГРУППА ПРЕПАРАТОВ	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ
• Препараты сульфонилмочевины	• Стимуляция секреции инсулина
• Меглитиниды и производные фенилаланина	• Стимуляция секреции инсулина (быстродействующие)
• Бигуаниды	• Снижение продукции глюкозы печенью • Снижение инсулинорезистентности
• Тиазолидиндионы (глитазоны)	• Снижение инсулинорезистентности • Снижение продукции глюкозы печенью
• Ингибиторы α-глюкозидазы	• Снижение всасывания глюкозы в кишечнике

Выбор таблетированных сахароснижающих препаратов при СД 2 типа ГИПЕРГЛИКЕМИЯ



- Неэффективность диеты, физических нагрузок и максимальной дозы пероральных сахароснижающих препаратов:
- HbA1C > 7,5%;
- гликемия натощак >8,0 ммоль/л, через 2 часа после еды – 9,0 ммоль/л;

- кетоацидоз;
- нарастающая потеря массы тела, сочетающаяся с гипергликемией
- Необходимость оперативного вмешательства (временный перевод на инсулинотерапию)
- Беременность и кормление грудью
- По показаниям при интеркуррентных заболеваниях

3. Другие лекарственные средства:

По показаниям: гипотензивная терапия, низкомолекулярные гепарины, антибиотикотерапия с противогрибковыми препаратами, лечение дислипидемии, ожирения. При наличии осложнений диабета (нефропатии, нейропатий, ретинопатии, гепатоза и т.д.) – лечение по стандарту СД с наличием специфических осложнений; при наличии сопутствующих заболеваний – лечение по протоколу соответствующего заболевания.

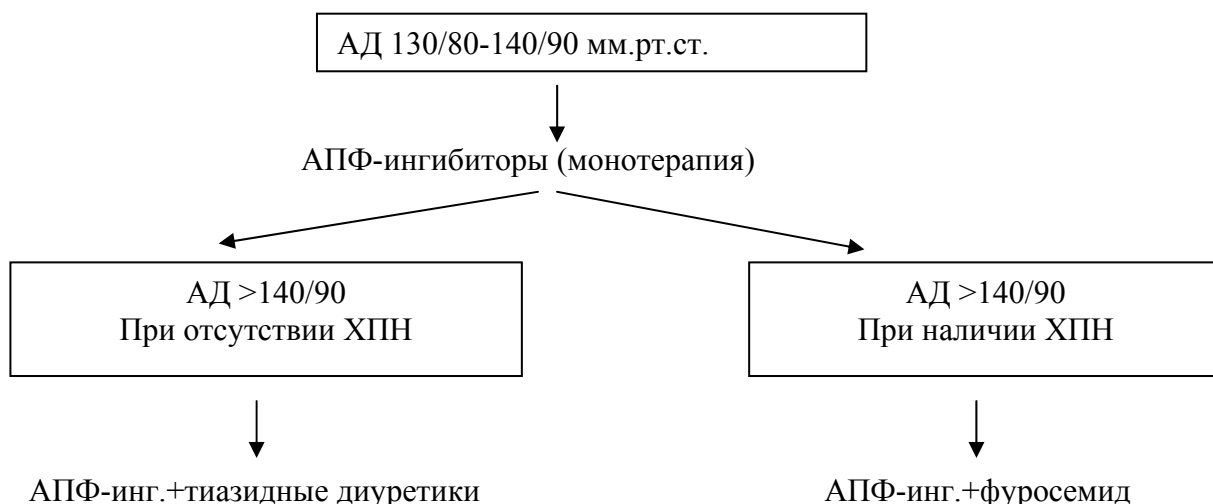
Препараты инсулина, рекомендуемые к применению у больных сахарным диабетом

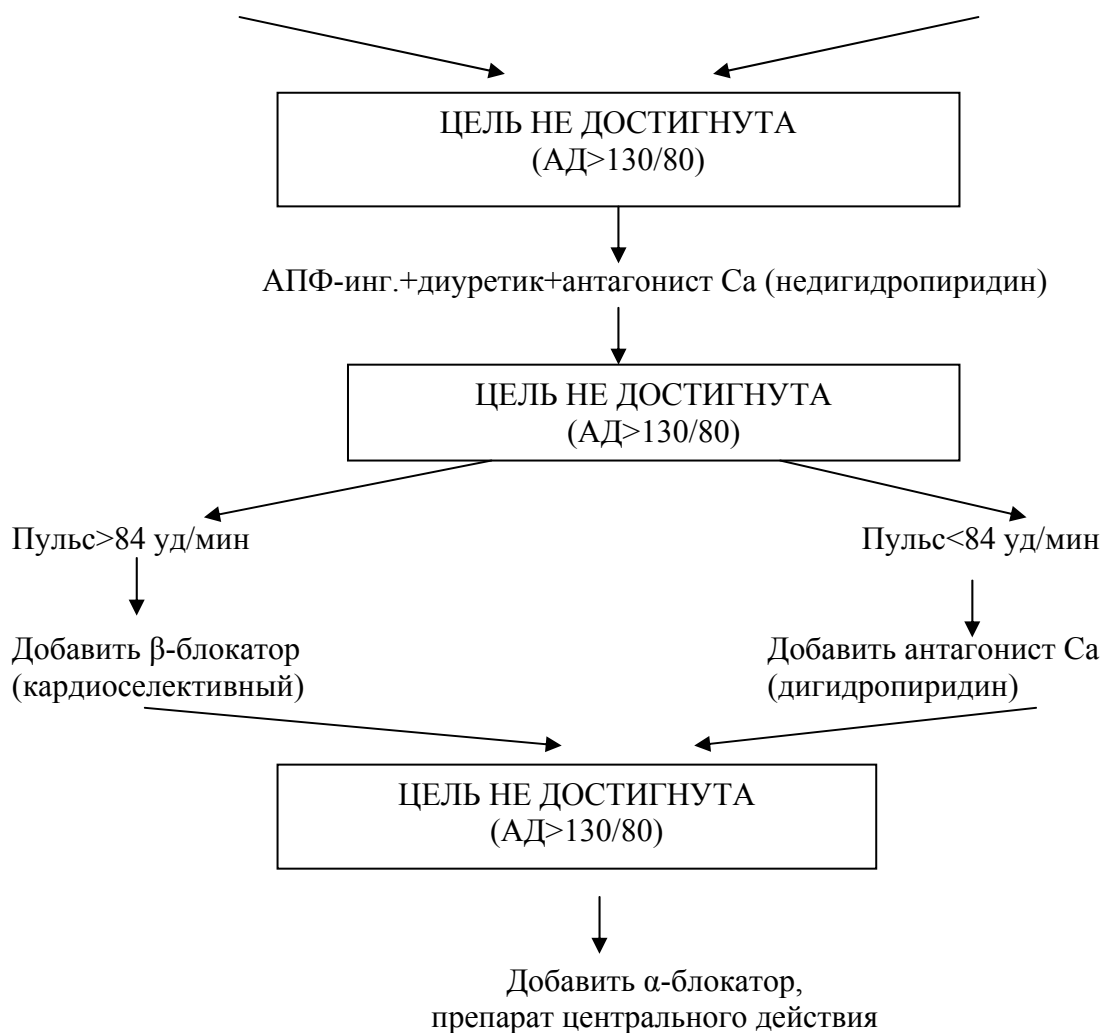
Характеристика препаратов инсулина	Торговые наименования препаратов инсулина	Начало действия – через, час	Пик действия – через, час	Длительность действия, час
Ультракороткого действия (аналоги инсулина человека)	Лизпро, Аспарт, Глулизин	0,25	0,5-2	3-4
Короткого действия		0,5	1-3	6-8
Средней продолжительности действия		1,5	4-6	12-14
		1	4-8	18-20
		1	3-4	18-20
Двухфазный аналог инсулина		10-12 мин	1-4	24-30
Готовые инсулиновые смеси	Короткого действия\длительного действия: 30/70, 15/85, 25/75, 50/50	Смесь инсулина короткого действия и инсулина средней продолжительности действия		
Длительный аналог беспикового действия	Гларгин, Левомир	Плавный без пиков профиль действия в течение суток		

Целевые значения АД при сахарном диабете

Характеристика заболевания	Значение АД
• Сахарный диабет (неосложненное течение)	<130/80 мм рт.ст.
• Диабетическая нефропатия IV и V стадии	<125/75 мм рт.ст.

Схема выбора антигипертензивной терапии у больных СД





4. Обучение больного

Перечень основных медикаментов:

1. Препараты инсулина ультракороткого действия (аналоги инсулина человека) лизпро, аспарт, глулизин
 2. Препараты инсулина короткого действия
 3. *Препараты инсулина средней продолжительности действия
 4. Двухфазный аналог инсулина
 5. *Готовые инсулиновые смеси (короткого действия/длительного действия 30/70, 15/85, 25/75, 50/50)
 6. Длительный аналог беспикового действия (гларгин, легомир)
- Препараты сульфонилмочевины
7. *Гликлазид 80 мг, табл
 8. *Гликвидон 30 мг, табл
 9. *Глибенкламид 3,5 мг, 5 мг, табл
 10. Глипизид 2,5 мг, табл
 11. *Глимепирид 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг, табл
- Меглитиниды и производные фенилаланина
12. *Репаглинид 0,5 мг, 1 мг, 2 мг, табл
 13. Натеглинид 60 мг, 120 мг, табл
- Бигуаниды
14. *Метформин 500 мг, 850 мг, 1000 мг, табл
- Тиазолидиндионы
15. *Пиоглитазон 15 мг, 30 мг, табл
 16. Розиглитазон 30 мг, табл

Ингибиторы α -глюкозидазы

17. Акарбоза 50 мг, 100 мг, табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

Гиполипидемические средства

Статины

1. Симвастатин 10мг, 20мг, табл

2. *Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл

Фибраты

3. Гемфиброзил

4. Клофибрат

Другие

5. Орлистат 120 мг, капс.

6. Никотиновая кислота 50 мг, табл; *раствор в ампуле 1% 1 мл

Диуретики

7. *Гидрохлортиазид 25 мг, 100 мг, табл.

8. *Фуросемид 40 мг табл., раствор для инъекций 20 мг/ 2 мл в ампуле

9. *Индапамид 2,5 мг, табл.

10. *Спиронолактон 25 мг табл., 50 мг капс.

β -адреноблокаторы

11. *Пропранолол 40 мг табл

12. *Атенолол 50 мг, 100 мг табл

13. *Метопролол 50 мг табл

14. Карведилол 6.25 мг, 12,5 мг, 25 мг, табл

15. Небиволол 5 мг, табл

16. Бисопролол 5 мг, 10 мг, табл

α -адреноблокаторы

17. Сазозин 4мг, 8 мг, табл

Антагонисты кальция продленного действия

18. *Нифедипин 10 мг, 20 мг табл

19. Фелодипин 2,5 мг, 5 мг, 10 мг табл

20. *Амлодипин 5 мг, 10 мг табл

21. Лацидипин 2 мг, 4 мг, табл

22. *Верапамил 40 мг, 80 мг табл

23. Дилтиазем 90 мг, табл.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

24. Каптоприл 12,5 мг, 25 мг, 50 мг табл

25. *Эналаприл таблетка 2,5 мг, 10 мг; раствор в ампуле 1,25 мг/1 мл

26. *Периндоприл 4 мг, табл

27. Квинаприл

28. *Лизиноприл таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг

Антагонисты ангиотензиновых рецепторов

29. Лозартан 25 мг, 50 мг табл

30. Вальсартан 40 мг, 80 мг, 100 мг табл

31. Телмисартан 40 мг, 80 мг, 100 мг табл

Агонисты α_2 -рецепторов

32. *Клонидин

33. *Метилдопа 250 мг табл

Агонисты I₂ -имидазолиновых рецепторов

По показаниям: низкомолекулярные гепарины, антибиотикотерапия с противогрибковыми препаратами, лечение ожирения (орлистат, сибутрамин, рибонамант).

Критерии перевода на следующий этап:

Устранение клинических симптомов декомпенсации диабета и снижение уровня гликемии

Список литературы:

1. Management of diabetes National clinical Guidelines Network. 2001.
2. Diabetes; definition, differential diagnosis and classification EBM guidelines. 2004
3. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. American Diabetes Association /Diabetes care, volume 28, 2005
4. The American Association of clinical endocrinologist medical guideline for the management of diabetes mellitus. 2002
5. Health care guideline Institute for clinical systems improvement. 2004.
6. Screening for diabetes mellitus, Adult type 2. US preventive Services Task Force. 2003.
7. University of Michigan health system. Management of type 2 diabetes mellitus.
8. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, метаболического синдрома. Б.Р.Базарбекова, М.Е.Зельцер, Т.Ф.Косенко, Ш.С.Абубакирова. Астана, 2005

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

Сахарный диабет, диабетический кетоацидоз

Код протокола: 10-104д

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: нормализация метаболических нарушений (восполнение дефицита инсулина, борьба с дегидратацией и гиповолемическим шоком, восстановление физиологического КЩС, коррекция электролитных нарушений, ликвидация интоксикации, лечение сопутствующих заболеваний, приведших к развитию ДКА).

Длительность лечения: зависит от стадии ДКА, средняя – 12 дней

Коды МКБ:

E10 Инсулинозависимый сахарный диабет

E11 Инсулинонезависимый сахарный диабет

E12 Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания

E 13 Другие уточненные формы сахарного диабета

E 14 Сахарный диабет неуточненный

Определение: Диабетический кетоацидоз (ДКА) – неотложное состояние, развивающееся в результате абсолютного (как правило) или относительного (редко) дефицита инсулина, характеризующееся гипергликемией, метаболическим ацидозом и электролитными нарушениями. Крайнее проявление диабетического ацидоза – кетоацидотическая кома.

Классификация заболевания:

ДКА может развиваться при любом типе диабета (по классификации ВОЗ, 1999)

Тип СД	Характеристика заболеваний
Сахарный диабет 1 типа • Аутоиммунный • Идиопатический	Деструкция β -клеток поджелудочной железы с развитием абсолютной инсулиновой недостаточности
Сахарный диабет 2 типа	Преимущественная инсулинорезистентность и относительная инсулиновая недостаточность или преимущественный дефект секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее
Гестационный сахарный диабет	Возникает во время беременности и заканчивается после ее окончания
Другие типы сахарного диабета	• Генетические дефекты функции β-клеток • Генетические дефекты в действии инсулина • Болезни экзокринной части поджелудочной железы • Эндокринопатии • Диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями • Диабет, индуцированный инфекциями • Необычные формы иммуно-опосредованного диабета • Другие генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом

А также при любой тяжести заболевания:

Определение степени тяжести сахарного диабета

• Сахарный диабет легкого течения*	• Хороший метаболический контроль достигается без применения сахароснижающих препаратов • Нет микро- и макрососудистых осложнений диабета
• Сахарный диабет средней степени тяжести	• Для контроля гликемии необходимы сахароснижающие препараты • Начальные проявления специфических осложнений диабета
• Сахарный диабет тяжелого	• Выраженные проявления специфических осложнений

течения	диабета с нарушением трудоспособности ● Лабильное течение СД 1 типа

*Легкого течения СД 1 типа не бывает

Выделяют стадии ДКА:

- 1 стадия – кетоз, без нарушений сознания
- 2 стадия – прекома
- 3 стадия – кетоацидотическая кома

Факторы риска ДКА:

1. Поздняя диагностика СД 1
2. Несоблюдение рекомендаций врача (нарушение диеты, приема сахароснижающих препаратов, в т.ч. инсулина)
3. Присоединение интеркуррентных заболеваний (в т.ч. хирургических)

Поступление: экстренное

Показания для госпитализации:

Все пациенты с ДКА подлежат обязательной госпитализации в эндокринологическое отделение (взрослое или детское), а при кетоацидотической коме – в отделения интенсивной терапии и реанимации

Критерии диагностики:

1. Клинические критерии:

В анамнезе:

- наличие симптомов декомпенсации диабета (полиурия, полидипсия), которые в течение 1-2 дней предшествуют развитию ДКА,
- наличие симптомов ДКА: тошнота, рвота
- наличие причины ДКА: нарушения диеты, прекращение введения инсулина, присоединение интеркуррентного заболевания (кашель, насморк, боли в сердце, высокая температура и т.д.).

При обследовании:

- признаки дегидратации
- дыхание Куссмауля
- запах ацетона в выдыхаемом больным воздухе («моченых яблок»)

кроме того может быть:

- наличие «абдоминального синдрома»
- признаки сопутствующих заболеваний.

2. Лабораторные критерии:

- гипергликемия, соответствующая критериям декомпенсации диабета
- кетонурия
- кетонемия 10 – 12 ммоль/л
- ацидоз ($\text{pH} < 7,3$)
- нарушения водно-электролитного обмена: уровень натрия нормальный или снижен, калия – нормальный или снижен (при анурии повышен), гематокрит повышен, ЦВД снижено
- мочевины и креатинин – повышены в следствие дегидратации и снижения почечного кровотока
- признаки интеркуррентных заболеваний (лейкоцитоз, изменения на ЭКГ, или Р-грамме органов грудной клетки и т.д.)
- гиперкоагуляция

Перечень основных диагностических мероприятий:

Ежечасно до ликвидации кетоацидоза определяют:

1. Уровень гликемии
2. Уровень pH крови
3. Электрокардиография
4. Измерение АД, пульса, ЧДД (с помощью специального монитора в ОРИТ при коме)

Каждые два часа:

1. Уровень калия и натрия
2. Уровень лактата
3. Уровень кетоновых тел
4. Уровень гемоглобина
5. Уровень гематокрита в крови
6. Коагулограмма, уровень креатинина - при поступлении, далее – по показаниям.

После ликвидации кетоацидоза до стабилизации состояния:

1. Общий анализ крови (с лейкоцитарной формулой) – 1 раз
2. Общий анализ мочи – 1 раз
3. Определение уровня глюкозы:

Проведение гликемического профиля (натощак, через 2 часа после завтрака, перед обедом, через 2 часа после обеда, перед ужином, через 2 часа после ужина, перед сном – в 22.00, в 3.00 ночи) – 3 раза

4. Определение уровня общего холестерина – 1 раз
5. Определение уровня триглицеридов – 1 раз
6. Определение микроальбуминурии – 1 раз
7. Определение креатинина – 1 раз

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Определение билирубина
2. Анализ ликвора
3. УЗИ органов брюшной полости
4. Допплерометрия сосудов нижних конечностей
5. Р-графия органов грудной клетки, нижних конечностей
6. Консультация окулиста
7. Консультация других специалистов по показаниям (невропатолог, хирург, кардиолог, пульмонолог, фтизиатр и т.д.)

Тактика лечения:

1. Инсулиноterapia ДКА:

- используются инсулины короткого или ультракороткого действия (в виде раствора: в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия 10 ЕД инсулина)
- инсулин вводится только в/в капельно или с помощью линеомата в дозе 0,1 ЕД/кг массы тела в час
- при снижении уровня гликемии до 13-14 ммоль/л доза уменьшается вдвое (снижение гликемии ниже 10 ммоль/л до ликвидации кетоацидоза противопоказано)
- при отсутствии эффекта через 2-3 часа доза увеличивается до 0,15 ЕД/кг массы тела в час, реже до 0,2 ЕД/кг массы тела в час

После ликвидации кетоацидоза до стабилизации состояния: интенсифицированная инсулиноterapia

2. Регидратация:

- начинается сразу после установления диагноза
- в течение первого часа – в/в капельно 1000 мл 0,9% раствора хлорида натрия (при наличии гиперосмолярности и низкого АД – 0,45% раствор хлорида натрия)
- в течение следующих двух часов ежечасно по 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия
- в последующие часы не более 300 мл в час
- при сердечной недостаточности объем жидкости уменьшают
- при снижении гликемии ниже 14 ммоль/л физиологический раствор заменяется на 5-10% раствор глюкозы (раствор должен быть теплым)
- детям назначают в/в введение жидкости из расчета: от 150 мл/кг до 50 мл/кг в сутки, в среднем суточная потребность у детей: до 1 года – 1000 мл, 1-5 лет – 1500 мл, 5-10 лет – 2000 мл, 10 –15 лет – 2000-3000 мл. в первые 6 часов необходимо ввести 50% суточной расчетной дозы, в следующие 6 часов – 25%, в оставшиеся 12 часов – 25%.

3. Коррекция уровня калия:

- введение хлорида калия при наличии лабораторных или ЭКГ-признаках гипокалиемии и отсутствии анурии назначают незамедлительно.
 - при уровне калия в крови ниже 3 ммоль/л – 3 гр сухого вещества KCl в час, при 3-4 ммоль/л – 2 гр KCl в час, при 4-5 ммоль/л – 1,5 гр KCl в час, при 5-6 ммоль/л – 0,5 гр KCl в час, при 6 ммоль/л и более – прекратить введение калия.
4. Коррекция КЩС: восстановление КЩС происходит самостоятельно благодаря регидратационной терапии и введения инсулина. Бикарбонат натрия (сода) вводят только при возможности постоянного контроля за pH, при pH<7,0, но даже в этом случае целесообразность его введения дискуссионна, высок риск алкалоза. При невозможности определения pH введение бикарбоната натрия запрещено.
5. Дополнительная терапия:
- при наличии гиперкоагуляции – низкомолекулярные гепарины
 - при наличии гипертензии – гипотензивная терапия
 - при гиповолемическом шоке – борьба с шоком
 - при наличии интеркуррентных заболеваний, сердечной или почечной недостаточности, тяжелых осложнений диабета – соответствующая терапия

Препараты инсулина

Характеристика препаратов инсулина	Наименования препаратов инсулина	Примечания
Ультракороткого действия (аналоги инсулина человека)	Лизпро, Аспарт, Глулизин	Применяются для лечения кетоацидоза и после его ликвидации
Короткого действия		Применяются для лечения кетоацидоза и после его ликвидации
Средней продолжительности действия		Применяются только после ликвидации кетоацидоза
Двухфазный аналог инсулина		Применяются только после ликвидации кетоацидоза
Готовые инсулиновые смеси	Короткого действия/длительного действия 30/70, 15/85, 25/75, 50/50	Применяются только после ликвидации кетоацидоза
Длительный аналог беспикового действия	Гларгин, Левомир	Применяются только после ликвидации кетоацидоза

Перечень основных медикаментов:

1. Препараты инсулина ультракороткого действия (аналоги инсулина человека) лизпро, аспарт, глулизин
2. Препараты инсулина короткого действия
3. *Препараты инсулина средней продолжительности действия
4. Двухфазный аналог инсулина
5. *Готовые инсулиновые смеси (короткого действия/длительного действия 30/70, 15/85, 25/75, 50/50)
6. Длительный аналог беспикового действия (гларгин, левомир)
7. Растворы для инфузии:
 - *0,9% раствор хлорида натрия
 - *5% или 10% раствор глюкозы
 - коллоидные растворы
8. *Калия хлорид, табл

9. Антибиотики широкого спектра действия с противогрибковыми препаратами

10. Низкомолекулярные гепарины

Перечень дополнительных медикаментов:

При наличии осложнений диабета (нефропатии, нейропатии, ретинопатии, гепатоза и т.д.) – лечение по стандарту СД с наличием специфических осложнений; при наличии сопутствующих заболеваний – лечение по протоколу соответствующего заболевания.

Критерии перевода на следующий этап:

Ликвидация кетоацидоза, нормализация сознания, снижение уровня гликемии, переход на поддерживающую сахароснижающую терапию.

Список литературы:

1. Management of diabetes National clinical Guidelines Network. 2001.
2. Diabetes; definition, differential diagnosis and classification EBM guidelines. 2004
3. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. American Diabetes Association /Diabetes care, volume 28, 2005
4. The American Association of clinical endocrinologist medical guideline for the management of diabetes mellitus. 2002
5. Health care guideline Institute for clinical systems improvement. 2004.
6. Screening for diabetes mellitus, Adult type 2. US preventive Services Task Force. 2003.
7. University of Michigan health system. Management of type 2 diabetes mellitus.
8. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко. М.2004
9. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002
10. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, метаболического синдрома. Б.Р.Базарбекова, М.Е.Зельцер, Т.Ф.Косенко, Ш.С.Абубакирова. Астана, 2005

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

Серопозитивный ревматоидный артрит

Код протокола: 08-088a

Профиль: терапевтический

Этап: стационар

Цель этапа:

Уменьшение симптомов воспаления.

Предотвращение деструкции, нарушений функции и деформации суставов.

Достижение ремиссии.

Сохранение качества жизни.

Увеличение продолжительности жизни

Длительность лечения: 14 дней

Коды МКБ:

M05 Серопозитивный ревматоидный артрит

M06 Другие ревматоидные артриты

Определение:

Ревматоидный артрит – мультифакториальное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, в развитии которого принимают участие множество факторов: внешней среды, иммунные, генетические, гормональные и др. Характеризуется симметричным хроническим эрозивным артритом (синовитом) периферических суставов и системным воспалительным поражением внутренних органов.

Классификация:

Клинико-анатомическая характеристика заболевания:

1. Ревматоидный артрит: полиартрит, олигоартрит
2. Ревматоидный артрит: с висцеритами, с поражением ретикулоэндотелиальной системы, серозных оболочек, легких, сердца, сосудов, глаз, почек, амилоидоз органов, псевдосептический синдром, синдром Фелти.
3. В сочетании с остеоартрозом, ревматизмом, другими диффузными болезнями соединительной ткани.

Клиникоиммунологическая характеристика (по результатам пробы на РФ):

-серопозитивный

-серонегативный

Степень активности:

1. Минимальная

2. Средняя

3. Высокая

4. Ремиссия

Течение болезни:

1. Быстро прогрессирующее

2. Медленно прогрессирующее

3. Без заметного прогрессирования (доброкачественная).

Рентгенологическая стадия:

1. Околосуставной остеопороз

2. Остеопороз+ сужение суставной щели (могут быть единичные узур).

3. Распространенный остеопороз, выраженная костнохрящевая деструкция, вывихи, подвывихи, сужение суставной щели, множественные узур.

4. То же + костный анкилоз.

Функциональная активность больного:

0. Сохранена

1. Профессиональная трудоспособность ограничена.
2. Профессиональная трудоспособность утрачена.
3. Утрачена способность к самообслуживанию

Ревматоидный артрит классифицируют исходя из характера начала заболевания, по активности процесса, отдельно рассматривают особые формы РА.

Варианты начала заболевания:

1. Постепенное (течение нескольких месяцев) нарастание боли и скованности, преимущественно в мелких суставах (50%) случаев
2. Моноартрит коленных или плечевых суставов с последующим быстрым вовлечением в процесс мелких суставов кистей и стоп
3. Острый моноартрит крупных суставов, напоминающий септический или микрокристаллический артрит
4. «палиандромный ревматизм», характеризуется множественными рецидивирующими атаками острого симметричного полиартрита суставов кистей, реже коленных и локтевых. Атаки длятся несколько часов или дней и заканчиваются выздоровлением.
5. Острый полиартрит с множественным поражением мелких и крупных суставов, с выраженными болями, диффузным отеком и ограничением подвижности у лиц пожилого возраста
6. Генерализованная полиартралгия, напоминающая ревматическую полимиалгию (обычно в пожилом возрасте).
7. Варианты активности РА:
8. Легкий (артралгии; припухлость/болезненность менее 5 суставов; отсутствие внесуставных проявлений; отсутствие или низкие титры РФ; нормальный или умеренно повышенный уровень СОЭ и СРБ; отсутствие рентгенологических изменений в мелких суставах кистей и стоп)
9. Умеренно тяжелый (артрит 6-20 суставов; отсутствие внесуставных проявлений; высокие титры РФ; стойкое увеличение СОЭ и СРБ; остеопения, умеренное сужение суставных щелей и небольшие единичные эрозии при рентгенологическом исследовании мелких суставов кистей и стоп;
10. Тяжелый (артрит более 20 суставов; быстрое развитие нарушений функции суставов; стойкое значительное увеличение СОЭ и СРБ; анемия; гипоальбуминемия; высокие титры РФ; внесуставные проявления.
11. Особые варианты РА:
12. Синдром Фелти
13. Болезнь Стилла взрослых

Факторы риска:

1. Экзогенные факторы: вирусы, бактериальные суперагенты, токсины в т.ч. компоненты табака (7,9)
2. Эндогенные-коллаген типа II, стрессорные белки и др.
3. Неспецифические: травма, аллергены.
4. Генетическая предрасположенность, особенно у кровных родственников, чаще у носителей определенных антигенов класса II, главного комплекса гистосовместимости, особенно HLA-DR1, HLA-DR4.

Поступление: плановое

Показания к госпитализации:

- Подбор базисных противовоспалительных ЛС (при 1,2,3 степени активности, повышение СОЭ более 30 мм/час+ эрозии суставов).
- Стойкое воспаление суставов (число припухших суставов от 2 и более, обострение болезни), несмотря на лечение базисными противовоспалительными ЛС.

- Наличие или отсутствие внесуставных проявлений (васкулит, поражение лёгких и пр.).
- Подозрение на развитие интеркуррентной инфекции.
- Септический артрит, требующий проведения антибактериальной терапии.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Б/х анализ крови;
3. Общий анализ мочи;
4. Кал на скрытую кровь.

Критерии диагностики:

Для диагностики РА используют критерии Американской ревматологической ассоциации (1987 г.)^D

1. Утренняя скованность — скованность по утрам в области суставов или околосуставных тканей, сохраняющаяся не менее 1 ч.
2. Артрит трёх или более суставов — припухание или выпот, установленный врачом, по крайней мере в трёх суставах. Возможно поражение 14 суставов (с 2 сторон): пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых, суставов запястья, локтевых, голеностопных.
3. Артрит суставов кистей — припухлость по крайней мере одной из следующих групп суставов: запястья, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых.
4. Симметричный артрит — сходное, однако без абсолютной симметрии, двустороннее поражение суставов (пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых, плюснефаланговых).
5. Ревматоидные узелки — подкожные узелки (установленные врачом), локализующиеся преимущественно на выступающих участках тела, разгибательных поверхностях или в околосуставных областях.
6. РФ — обнаружение повышенных титров РФ в сыворотке крови любым методом.
7. Рентгенологические изменения, типичные для РА: эрозии или околосуставной остеопороз, локализующиеся в суставах кистей и стоп и наиболее выраженные в клинически поражённых суставах.

Диагноз РА ставят при наличии не менее 4 из 7 критериев, при этом критерии с первого по четвёртый должны сохраняться по крайней мере в течение 6 нед. Чувствительность данных критериев составляет 91-94%, а специфичность — 89%.

Анамнез и физикальное обследование:

В начале заболевания клинические проявления артрита могут быть выражены умеренно. Обычно наблюдается ухудшение общего состояния (слабость, утренняя скованность, артралгии, похудание, субфебрильная лихорадка, лимфаденопатия), что может предшествовать клинически выраженному поражению суставов.

Поражение суставов может быть разделено на 2 категории:

1. потенциально обратимые (обычно ранние) — синовит;
 2. необратимые структурные изменения (более поздние) — эрозии, анкилоз. Наиболее яркий признак воспаления синовиальной оболочки суставов при РА — утренняя скованность, длительность которой обычно коррелирует с выраженностью синовита и составляет не менее часа.
- Кисти: ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов, обычно развивающаяся через 1~5 лет от начала болезни; поражение пальцев кистей по типу «бутоньерки» (сгибание в проксимальных межфаланговых суставах) или «шеи лебедя» (переразгибание в проксимальных межфаланговых суставах); деформация кисти по типу «рука с лорнетом».
 - Коленные суставы: сгибательная и вальгусная деформация, синовиальная киста на задней стороне коленного сустава (киста Бейкера).
 - Стопы: подвывихи головок плюснефаланговых суставов, латеральная девиация, деформация

большого пальца.

- Шейный отдел позвоночника: подвывихи в области атланта-аксиального сустава, изредка осложняющиеся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии.
 - Перстневидно-черпаловидный сустав: огрубение голоса, одышка, дисфагия, рецидивирующий бронхит.
 - Связочный аппарат и синовиальные сумки: тендосиновит в области лучезапястного сустава и кисти; бурсит, чаще в области локтевого сустава; киста Бейкера.
- Внесуставные (системные) проявления встречаются часто, а в редких случаях могут превалировать в клинической картине.
- Конституциональные симптомы: генерализованная слабость, недомогание, похудание, субфебрильная лихорадка.
 - Сердце: перикардит, васкулит, гранулематозное поражение клапанов сердца (очень редко), раннее развитие атеросклероза.
 - Лёгкие: плеврит, интерстициальное заболевание лёгких, облитерирующий бронхиолит, ревматоидные узелки в лёгких (синдром Каплана).
 - Кожа: ревматоидные узелки, утолщение и гипотрофия кожи; васкулит, сетчатое ливедо, микроинфаркты в области ногтевого ложа).
 - Нервная система: компрессионная невропатия, симметричная сенсорно-моторная невропатия, множественный мононеврит (васкулит), цервикальный миелит.
 - Глаза: сухой кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, склеромалия, периферическая язвенная кератопатия.
 - Почки: амилоидоз, васкулит, нефрит.
 - Система крови: анемия, тромбоцитоз, нейтропения.

Лабораторные изменения

Кровь.

- острофазовые реакции: гипохромная анемия, ускорение СОЭ, увеличение СРВ
- гипергаммаглобулинемия
- гипокомplementемия
- тромбоцитоз
- эозинофилия
- нейтропения (чаще — при синдроме Фелти)
- увеличение активности ферментов печени — АЛТ и АСТ — коррелирует с активностью заболевания и часто ассоциируется с гепатотоксичностью противоревматических ЛС
- увеличение титров IgM РФ, выявляющееся у 70-90% больных.

Высокие титры при РА коррелируют с тяжестью, быстротой прогрессирования и развитием системных проявлений, но данный показатель не является «чувствительным» и «специфичным» для ранней диагностики РА, так как в первые 3 мес заболевания выявляется примерно у 50% больных, а также у 5% здоровых лиц.

Синовиальная жидкость. Снижение вязкости, рыхлый муциновый сгусток, лейкоцитоз (более $6 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилёз (25~90%).

Рентгенологические изменения. Рентгенологическое изучение кистей и стоп является одним из основных методов диагностики и оценки прогрессирования заболевания • околосуставной остеопороз • нечёткость контуров суставных поверхностей • эрозии (или узур) на суставных поверхностях (чаще всего выявляются в области головок пястнофаланговых и плюснефаланговых суставов, особенно — головки пятой плюсневой кости) • остеолит (обширное разрушение суставных поверхностей вплоть до полного исчезновения головок костей мелких суставов кистей и стоп) • анкилоз • подвывихи суставов.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)

2. Общий анализ мочи
3. Определение с-реактивного белка
4. Определение ревматоидного фактора
5. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв,
6. фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
7. Определение остаточного азота
8. Определение креатинина
9. Определение общего белка
10. Определение белковых фракций
11. Рентгенография кисти в 1 проекции
12. Рентгенография стопы в 1 проекции

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Эхокардиография
2. УЗИ органов брюшной полости
3. Консультация: кардиолог
4. Консультация: инфекционист
5. Консультация: невропатолог
6. Консультация: хирург сосудистой хирургии
7. Консультация: уролог
8. Консультация: гастроэнтеролог

Тактика лечения

Общие рекомендации

- Прекращение курения — курение может играть роль в развитии и прогрессировании РА. Выявлена ассоциация между количеством выкуриваемых сигарет и позитивностью по РФ, эрозивными изменениями в суставах и появлением ревматоидных узелков^С, а также поражением лёгких (у мужчин).
- Соблюдение сбалансированной диеты, включающей пищу с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, например рыбьего жира (приводит к снижению воспалительной активности РА)^С, кальция и витаминов, особенно витамина D (снижение риска остеопороза) и фолиевой кислоты (снижение уровня гомоцистеина в сыворотке). Гипергомоцистеинемия особенно часто развивается на фоне лечения метотрексатом и сульфасалазином и может способствовать развитию атеросклеротического поражения сосудов.
- Поддержание идеальной массы тела.

Медикаментозное лечение

Медикаментозную терапию РА подразделяют на два вида — противовоспалительную и базисную. Противовоспалительное лечение заключается в применении НПВП, используемых в качестве симптоматической терапии, и глюкокортикоидных гормонов. Применение НПВП и глюкокортикоидов способствует быстрому уменьшению боли и воспаления в суставах и улучшению функции. Отличительной чертой базисных лекарственных средств является медленное развитие эффекта, основанного на непосредственном влиянии на основные патогенетические механизмы, составляющие сущность РА, что приводит к устранению аутоиммунных нарушений и торможению деструкции суставов. В настоящее время принята концепция раннего назначения базисных препаратов, которые обладают отсроченным эффектом.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Основными средствами симптоматической терапии являются НПВП, позволяющие уменьшить боль и воспаление в суставах.

Основные положения

- НПВП не влияют на прогрессирование повреждений суставов и редко полностью подавляют

клинические проявления артрита.

- Монотерапию НПВП можно проводить только в течение короткого времени (не более 6 нед) до постановки достоверного диагноза РА. После этого НПВП следует обязательно сочетать с базисными противовоспалительными ЛС.
- Необходим тщательный мониторинг за переносимостью НПВП, особенно со стороны ЖКТ, печени, почек, системы крови (ингибирование функции тромбоцитов), АД.
- НПВП существенно не различаются по эффективности, поэтому выбор конкретного ЛС должен основываться на профиле безопасности и стоимости.
- Эффективность НПВП должна оцениваться в течение 2 недель приёма.
- Селективные ингибиторы ЦОГ2^Д не уступают в эффективности стандартным НПВП, но реже вызывают поражение ЖКТ. Хотя увеличение риска развития тромбозов на фоне лечения этими ингибиторами не доказана, у пациентов со склонностью к тромбообразованию эти ЛС следует применять с осторожностью.
- У пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых осложнений НПВП и ингибиторы ЦОГ2 следует сочетать с приёмом низких доз аспирина.

ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ ТЕРАПИЯ^С

- При системном применении глюкокортикоиды обычно быстро подавляют воспаление при РА.
 - Глюкокортикоидная терапия замедляет прогрессирование деструкции суставов.
 - При отсутствии особых показаний доза глюкокортикоидов при РА не должна превышать 10 мг (в пересчёте на преднизолон) в сутки (см. таблицу).
 - Глюкокортикоиды при РА следует применять только в комбинации с базисными противовоспалительными ЛС.
 - Средние/высокие дозы глюкокортикоидов применяют только при развитии тяжёлых системных проявлений (ревматоидный васкулит) или для купирования некоторых побочных эффектов базисных противовоспалительных ЛС
- А) Низкие дозы глюкокортикоидов: менее 15 мг в сутки (в пересчете на преднизолон)
Б) Средние дозы глюкокортикоидов: 15-30 мг в сутки
В) Высокие дозы глюкокортикоидов: более 30 мг в сутки (или более 0,5 мг/кг веса/сут).

• С целью профилактики глюкокортикоидного остеопороза на фоне лечения глюкокортикоидами осезателен приём препаратов кальция (1000-1500 мг) и витамина D (400-800 МЕ), а при необходимости (высокий риск переломов) антиостеопоретических препаратов (алендронат, миакальцик).

• Назначение глюкокортикоидов осуществляет по строгим показаниям только врач-ревматолог.

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

Локальная терапия глюкокортикоидами (инъекции ГКС в мягкие ткани и полость сустава):

- Имеет вспомогательное значение.
- Оказывает влияние только на местное воспаление, причём — временное.
- Показаниями к внутрисуставным инъекциям ГКС являются признаки воспаления в одном или нескольких суставах.
- В опорные суставы (коленный и лучезапястный) не следует делать более 3 инъекций в год, в один и тот же сустав — чаще одного раза в 3 мес.

ЛС	Доза в одной	Эквивалентная доза преднизолона (мг) таблетке
Кортизон *	5	1
Метилпреднизолон *	4	5
Триамцинолон	4	5
Бетаметазон *	0,5	3.3
Дексаметазон*	0,5	3.3

- Для внутрисуставных инъекций используют триамцинолон, метилпреднизолон и особенно бетаметазон. Бетаметазон обладает быстрым (через 1~3 ч после введения) и пролонгированным (до 4~6 нед) противовоспалительным действием, не вызывает местных микрокристаллических реакций, не оказывает дистрофического действия на ткани.

- Бетаметазон* содержит быстро (бетаметазон динатрия фосфат) и медленно (бетаметазон дипропионат) растворимые соли и в связи с этим обладает быстрым (через 1-3 ч после введения) и пролонгированным (до 4-6 нед) противовоспалительным действием, не вызывает местных микрокристаллических реакций, не оказывает дистрофического действия на ткани.

- Крупные суставы (коленный, плечевой, киста Бейкера) следует вводить по 1 мл препарата, в средние (лучезапястный) — по 0,5 мл, в мелкие (межфаланговые, пястнофаланговые и плюснефаланговые) — по 0,25 мл.

- Для введения в мягкие ткани, плечевой сустав, подакромиальную и вертельную сумки необходимо применять сочетание ГКС с местным анестетиком в соотношении 1:1 или с 0,9% раствором натрия хлорида в том же соотношении (в плечевую или вертельную область в соотношении 1:2-1:5). В другие суставы и сумки ЛС вводят без анестетика.

- Следует использовать иглу как можно меньшего диаметра; процедура должна быть наименее травматичной для суставного хряща.

- Необходимы частичная иммобилизация сустава на 24 ч и исключение физических нагрузок в течение 1 нед после внутрисуставного введения глюкокортикоидов, что повышает эффективность лечения, особенно при введении ЛС в крупные суставы.

- Триамцинолон, оказывающий наиболее длительное действие, следует применять при экссудативных явлениях в крупных суставах (при неэффективности первой инъекции короткодействующих глюкокортикоидов).

- Противопоказания для внутрисуставных инъекций:

А) Острый моноартрит (возможность бактериальной этиологии)

Б) Любые изменения кожи вблизи места пункции

В) Нестабильность опорного сустава.

Базисная противовоспалительная терапия РА позволяет замедлить рентгенологическое прогрессирование РА, снизить потребность в НПВП и ГКС, улучшить качество и продолжительность жизни. Показания к назначению:

-высокие титры РФ.

-выраженное увеличение СОЭ

-поражение более 20 суставов

-внесуставные проявления. (9).

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Раннее начало лечения базисными противовоспалительными ЛС (не более 3 мес от момента появления симптомов или немедленно после постановки достоверного диагноза РА).

- Активная терапия базисными противовоспалительными ЛС. При неэффективности лечения заменяют ЛС или дополнительно назначают ещё один базисный препарат (комбинированная терапия). Эффективность лечения базисными противовоспалительными ЛС оценивают индивидуально, желательно в течение 1,5~3 мес.

- Подтверждение диагноза и назначение базисной противовоспалительной терапии проводит специалист-ревматолог. Динамическое наблюдение за эффективностью и безопасностью лечения может осуществляться врачом-терапевтом общей практики.

- Один из принципов базисной терапии РА — неопределённо длительное (часто практически постоянное) применение данных ЛС при условии развития клинического эффекта и отсутствии побочных реакций.

Базисные противовоспалительные лекарственные средства

Метотрексат^{А*}.

Дозы: 7,5-25 мг 1 раз в неделю. Эффект обычно развивается в течение первого месяца лечения. При отсутствии эффекта дозу можно постепенно повысить до 25 мг в неделю. Для профилактики побочных реакций ^A следует назначить фолиевую кислоту. Контрольные лабораторные исследования: определение Hb, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови, АЛТ и АСТ в сыворотке крови 1 раз в 2 нед в течение первых 2 мес, затем — каждый месяц. Определение содержания креатинина в сыворотке крови каждые 6 мес. Рентгенография грудной клетки перед началом лечения или при появлении кашля или одышки. Временная отмена метотрексата обязательна во время интеркуррентной инфекции. Лефлуномид ^B.

Дозы: первые 3 дня по 100 мг/сут, затем — 20 мг/сут. Эффект развивается через 4—12 нед. Контрольные лабораторные исследования: определение содержания Hb, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови, АЛТ и АСТ в сыворотке каждый месяц в течение полугода, затем — 1 раз в 4—8 нед. По эффективности и безопасности не уступает метотрексату.

Сульфасалазин ^{A*}. Эффект обычно развивается в первые 2 мес лечения. Начальная доза — 500 мг 2 раза в сутки. Через 1 нед суточную дозу повышают до 1,5 г, ещё через неделю — до 2 г/сут. При появлении побочных эффектов дозу можно повышать более медленно или оставить прежней. Контрольные лабораторные исследования: определение содержания Hb, количества лейкоцитов и тромбоцитов, АЛТ и АСТ в сыворотке крови каждые 2 нед в первые 3 мес, затем с интервалом 1 мес.

Парентеральные препараты золота (натрия ауротиомалат) ^C.

Препарат вводят в/м 1 раз в неделю в возрастающих дозах: 10 мг, 20 мг, 50 мг до суммарной дозы 1000 мг. Затем назначают по 50 мг каждые 2—4 нед. Лабораторное наблюдение: определение белка в моче перед каждой инъекцией, общий анализ крови (лейкоциты, эозинофилы и тромбоциты) перед каждой третьей инъекцией, биохимический анализ крови (АЛТ и АСТ) перед каждой шестой инъекцией.

Противомаларийные препараты ^A

Дозы: гидроксихлорохин* 5-6 мг/кг / сут, хлорохин 3 мг/кг/сут. Эффект может развиваться через 2-3 мес. Обязательно офтальмологическое исследование 1 раз в 6 мес. Необходимость в контрольных лабораторных исследованиях отсутствует.

Циклоспорин ^{C.*}

Дозы: 3~5мг/кг/сут. Эффект обычно начинает развиваться через 1~3 мес и достигает максимума в течение 6 мес ^B. Мониторинг переносимости: уровень креатинина в сыворотке и АД каждые 2 нед в течение первых 2 мес, а затем — ежемесячно.

РЕДКО ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛС

Другие ЛС (пероральные препараты золота, азатиоприн*, циклофосфамид*, хлорамбуцил*, пеницилламин*) в настоящее время применяются крайне редко из-за их низкой эффективности, высокой токсичности или плохой переносимости.

Пероральные препараты золота (ауранофин) ^B.

Дозы: по 3 мг 2 раза в сутки, при неэффективности — увеличение до 9 мг/сут. Лабораторный мониторинг переносимости: определение белка в моче, Hb, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови каждые 2 нед в течение первых 3 мес лечения, затем — через каждый месяц.

Азатиоприн ^{C.*}

Дозы: 1,5-2,5 мг/кг/ сут. Контрольные лабораторные исследования: определение Hb, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови, АЛТ и АСТ в сыворотке через каждые 2 нед в течение первых 2 мес, затем каждые месяц.

Циклофосфамид ^{C.*} Дозы: 2-2,5 мг/кг веса/сут, ожидаемый эффект — через 2-3 мес. Контрольные лабораторные исследования: определение содержания Hb, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови, АЛТ и АСТ в сыворотке крови через каждые 2 нед в

течение первых 2 мес, затем каждые месяц. Обязательная отмена препарата во время инфекционного заболевания. В настоящее время применяется только для лечения ревматоидного васкулита.

Хлорамбуцил^Р. *

Дозы: 4-8 мг/сут. Эффект развивается через 2—3 мес. Лабораторный мониторинг: общий анализ крови с обязательным определением лейкоцитов и лейкоцитарной формулы 1 раз в неделю. Необходима отмена ЛС во время инфекционного заболевания.

Пеницилламин^С. *

Дозы: первоначальная — 250-500 мг/сут (в 2 приёма), затем — постепенное увеличение до 750-100 мг/сут. Эффект развивается через 3~6 мес.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ АГЕНТЫ

Химерные моноклональные АТ к фактору некроза опухоли α (инф-ликсимаб)^В. Стандартная доза: 3 мг/ кг (одна инфузия) в/в. Повторные инфузии через 2 и 6 нед, затем — каждые 8 нед. Быстрый клинический и лабораторный эффект, замедление прогрессирования деструкции суставов. Следует назначать больным, резистентным к терапии базисными ЛС, но широкое использование препарата ограничено высокой стоимостью. Лабораторный мониторинг переносимости не предусмотрен. До назначения препарата обязательно исключение латентной туберкулёзной инфекции (реакция Манту, рентгенологическое исследование лёгких).

С осторожностью использовать при наличии инфекционного заболевания.

ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ЛС

• Препаратом выбора является метотрексат^{А*}

• На ранних стадиях РА комбинированная лекарственная терапия (в качестве одного из её компонентов обязательно применяется метотрексат) эффективнее монотерапии^В. Тем не менее, преимущества комбинированной терапии перед монотерапией строго не доказаны. Поэтому начинать лечение РА с комбинированной терапии в настоящее время не рекомендуется.

• При эффективности назначенного ЛС лечение следует продолжать в течение нескольких лет. Возможно снижение дозы, если при этом не наступает ухудшения.

• Выбор ЛС для начальной терапии в зависимости от клинической картины

А) Полиартикулярный РА: метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, препараты золота в/м

Б) Олигоартикулярный РА: сульфасалазин

В) Палиндромный ревматизм: противомаларийные препараты, сульфасалазин, препараты золота

Г) РА с системными проявлениями (васкулит): глюкокортикоиды и циклофосфамид.

• При наличии противопоказаний для назначения НПВП, развитии побочных эффектов или их недостаточной эффективности терапию базисными противовоспалительными ЛС можно сочетать с назначением низких доз глюкокортикоидов.

Перечень основных медикаментов:

Нестероидные противовоспалительные средства

Глюкокортикоиды

1. *Гидрокортизон 2 мл, суспензия для инъекций
 2. *Метилпреднизолон 40 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора
 3. Триамцинолон
 4. *Бетаметазон 0,1%, мазь, крем
 5. *Дексаметазон 0,5 мг, 1,5 мг, таблетка
- Базисные противовоспалительные лекарственные средства
6. *Метотрексат 2,5 мг, табл
 7. Лефлуномид 10 мг, 20 мг, 100 мг табл
 8. *Сульфасалазин 500 мг, табл

Парентеральные препараты золота

9. Натрия ауротиомалат 10 мг, 20 мг, 50 мг табл

Противомалярийные препараты

10. Гидроксихлорохин 200 мг, табл

11. *Хлорохин 250 мг, табл

Иммуносупрессивные лекарственные средства

12. *Циклоспорин 25 мг, 100 мг, капс

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Пероральные препараты золота

Ауранофин

2. *Азатиоприн 50 мг, табл

3. *Циклофосфамид 50 мг, драже

4. Хлорамбуцил 2 мг, табл

5. *Пеницилламин, 250 мг, табл; 50 мг, 150 мг, капс

6. *Метотрексат 2,5 мг, табл

Критерии эффективности лечения и окончания пребывания на этапе

Снижение активации воспалительного процесса

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. М, 2004 год.

2. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002 год.

3. Management of early rheumatoid arthritis, National clinical guideline, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, December 2000.

4. Clinical practice guideline for the management of rheumatoid arthritis. Spanish society of Rheumatology.2001.

5. Н.Н.Кузьмина, А.В.Шайков “ Ювенильный ревматоидный артрит: терминологические и классификационные аспекты “,Ж. Научно-практическая ревматология ,№1,2000г.

6. В.А. Насонова ,Н.В.Бунчук. Ревматические болезни ,М.,1997г.

7. Е.В.Шекшина, Р.М. Балабанова, “Суставной синдром при вирусных гепатитах В и С и ревматоидный артрит: проблемы диагностики и лечения”, Научно-практическая ревматология ,№2, 2005г.

8. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. Arthr. Rheum.,1996,39,713-722.

9. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Рук-во для практикующих врачей.Под редакцией В.А.Насоновой, Е.Л. Насонова,Москва,2003г.

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

Сифилис скрытый ранний

Код протокола: 18-154а

Профиль: терапевтический, специальность - дерматовенеролог

Этап лечения: стационар

Цель этапа: получение полного курса специфического лечения; предупреждение поздних рецидивов

Длительность лечения: 28 день

Коды МКБ: A51.5 Ранний сифилис скрытый

Определение: **Сифилис** - это инфекционное заболевание, характеризующееся иммунологической несостоятельностью, вызываемое бледной трепонемой, передающееся преимущественно половым путем с характерной периодизацией клинических симптомов, способное поражать все органы и системы.

Сифилис скрытый ранний - это разновидность сифилиса, принимающая латентное течение с момента заражения, без клинических признаков болезни, с положительными серологическими реакциями с давностью инфекции до 2-х лет.

Классификация:

1. Первичный серонегативный сифилис.
2. Первичный серопозитивный сифилис.
3. Вторичный свежий сифилис.
4. Вторичный рецидивный сифилис.
5. Скрытый ранний сифилис, длительностью до 2 лет.
6. Серорецидивный сифилис.
7. Серорезистентный сифилис.
8. Третичный сифилис.
9. Сифилис скрытый поздний. Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией давностью 2 года и более с момента заражения.
10. Скрытый сифилис неуточненный. Случаи с положительной серологической реакцией на сифилис при невозможности установить сроки заражения. В эту группу включаются лица, начавшие лечение в неустановленной в прошлом стадии сифилиса.
11. Ранний врожденный сифилис. Врожденный сифилис грудного (до 1 года) и раннего детского (до 2 лет) возраста.
12. Поздний врожденный сифилис более 2 лет давности.
13. Скрытый врожденный сифилис.
14. Сифилис нервной системы: ранний- при давности сифилитической инфекции до 2 лет; поздний- при давности сифилитической инфекции свыше 2 лет.
15. Спинная сухотка.
16. Прогрессирующий паралич.
17. Висцеральный сифилис с указанием пораженного органа.

Факторы риска:

Беспорядочные половые контакты, очень редко при непрямом контакте с больным человеком через предметы (зубные щетки, ложки, курительные трубки и т.д.), внутриутробная передача от больной матери ребенку, при прямом переливании крови, через молоко больной кормящей женщины ребенку. Риск развития раннего скрытого сифилиса: прием большого количества антибиотиков по поводу других заболеваний, самолечение, неосведомленность о венерических заболеваниях.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. Социально-неадаптированные люди; несовершеннолетние, доставляемые из Центра временной изоляции адаптации реабилитации несовершеннолетних (Согласно приказа Агентства РК по делам Здравоохранения №695 от февраля 2001г. «О совершенствовании

мер борьбы с болезнями, передаваемыми половым путем») с положительными серологическими реакциями.

2. Лица, работающие в организованных коллективах с положительными серологическими реакциями.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Кал на яйца глист;
4. Флюорография;
5. Реакция Вассермана;
6. Исследование крови на ВИЧ (Приказ 89 МЗ РК от 18 марта 1999г. и приказ 575 МЗ РК от 11 июня 2002 г. «Об утверждении правил освидетельствования лиц на ВИЧ-инфекцию»)- подлежат освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию больные с установленными диагнозами сифилис, гонорея, хламидиоз и др. с согласия больного).

Критерии диагностики:

1. Данные анамнеза: прием в последние 2 года антибиотиков и других антибактериальных препаратов, гемотрансфузии и др., наличие в прошлом высыпных элементов-эрозий, язв, как правило, после случайных половых связей; результаты внешнего осмотра: вторичные остаточные элементы- рубцы, пятна, увеличение регионарных лимфоузлов.
2. Положительные серологические реакции (реакция Вассермана, реакция иммунофлюоресценции, реакция иммобилизации бледных трепонем, иммуноферментный анализ, реакция пассивной гемагглютинации) при отсутствии клинических проявлений.
3. Реакция Герксгеймера-Яриша (повышение температуры) после начала антибиотикотерапии.
4. Относительно быстрая негативация серологических реакций на фоне специфического противосифилитического лечения.

Перечень основных диагностических услуг:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Исследование крови на ВИЧ
4. ИФА-НВsAg
5. Иммуноферментный анализ (ИФА)
6. Реакция иммунофлюоресценции
7. Кал на я/глист
8. КСР

Перечень дополнительных диагностических услуг:

1. Консультация терапевт по показаниям
2. Консультация офтальмолог по показаниям
3. Консультация отоларинголог по показаниям
4. Исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок
5. ИФА хламидиоз по показаниям
6. Иммунограмма

Тактика лечения:

Этиотропная терапия:

Методика 1: Лечение проводится бензатинбензилпенициллиномG по 2,4 млн. ЕД на инъекцию, 1 раз в неделю, №3; либо бициллином-1 по 2,4 млн. ЕД на инъекцию, 1 раз в 5 дней, №6.

Методика 2: Лечение осуществляется бициллином-3, вводимым в дозе 1,8 млн ЕД 2 раза в неделю- №10; либо бициллином-5 в разовой дозе 1500000 ЕД, вводимой 2 раза в неделю- №10.

Методика 3: Применяется прокаин-пенициллин в разовой дозе 1,2 млн, ежедневно на курс- №20, либо новокаиновая соль пенициллина по 600000 ЕД 2 раза в сутки- 20 дней.

Методика 4: Терапия осуществляется водорастворимым пенициллином по 1 млн. ЕД через 6 часов 4 раза в сутки в течение 20 дней.

Методика 5 (применяется только при гиперчувствительности, как к антибиотикам пенициллинового, так и цефалоспоринового ряда):

Применяется доксициклин по 0,1 г через 8 часов 3 раза в сутки в течение 30 дней, на курс 9г; либо тетрациклин по 0,5г через 6 часов 4 раза в сутки в течение 30 дней, на курс 60 г. Эритромицин 0,5г на один прием 4 раза в сутки, в течение 30 дней, через 6 часов, на курс 60 г. Азитромицин по 0,5 г через 12 часов 2 раза в сутки, в течение 3-х недель.

Методика 6: Цефазолин по 1,0 г каждые 4 часа 6 раз в сутки, в течение 28 дней.

Методика 7: Цефтриаксон 1,0 х 1 раз в день через день внутримышечно, курсовая доза 10,0гр.

Для профилактики дисбактериоза кишечника назначают противогрибковую терапию итраконазол оральный раствор 200 мг 2 р\сут в течение 21 дня или флуконазол 150мг 1 раз в 3 дня- 2-3 курса.

Перечень основных медикаментов:

1. *Бензилпенициллин. пор д/и 1000000 ЕД, фл
2. *Цефазолин 1 г, фл
3. *Ампициллин 1 г, фл
4. *БензатинбензилпенициллинG 2,4 млн ЕД, фл
5. *Бензилпенициллина новокаиновая соль600000 ЕД, фл

Перечень дополнительных медикаментов:

4. *Доксициклин 100 мг, табл
1. *Эритромицин500 мг, табл
2. *Азитромицин500 мг, табл
3. *Тетрациклин100 мг, 200 мг, табл
4. Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
5. *Флуконазол 150 мг, табл
6. *Цефтриаксон 1 г, фл
7. Витамины группы В, С
8. Иммуномодуляторы: метилурацил 500 мг табл, циклоферон амп.
9. Биостимуляторы: алоэ, стекловидное тело амп.

Критерии перевода на следующий этап: полный курс специфического лечения.

Больные, получившие специфическое лечение, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 3-х лет с периодичностью сдачи крови на Реакцию Вассермана 1 раз в 3 мес.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Syphilis National Guideline Clearinghouse [www. guideline.gov](http://www.guideline.gov).
2. 2002 national guidelines on the management of early syphilis. National Guideline Clearinghouse www. guideline.gov.
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах. Под редакцией Ю.К.Скрипкина, В.Н. Мордовцева.- М., Медицина, 1999.
4. Лечение и профилактика сифилиса (методические рекомендации). Научно-исследовательский кожно-венерологический институт. Астана, 2004г.

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

Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно – сосудистой системы

Код протокола: 19-1656

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: исчезновение или значительная редукция клинических проявлений

Длительность лечения:

30-40 дней - зависит от резистентности состояния.

Возможно изменение сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно – правовыми актами Республики Казахстан:

отказ от лечения (ст. 12 “Отказ от лечения”, ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1) – на любом этапе лечения.

Коды МКБ:

F 45 Соматоформные расстройства

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

F45.4 Хроническое болевое расстройство

F45.8: Другие соматоформные расстройства

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

Определение: Соматоформные расстройства – группа расстройств, общим для которой является появление на фоне психосоциального стресса соматических жалоб в отсутствие морфологического изменения соответствующих тканей (во многих случаях обнаруживаются неспецифические и функциональные нарушения). Главным признаком является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного.

Классификация: по кодам МКБ-10

Факторы риска:

Стрессы и дистрессы;

Внутриличностные факторы (алексетимия и др.);

Микросоциальные предпосылки (особенности воспитания и т.д.);

Генетическая предрасположенность;

Нейропсихологическая основа (характерные когнитивные нарушения , ответственные за искажение восприятия и оценки сомато-сенсорной информации);

Культурально-этические предпосылки (бедность степени выраженности дифференцированности эмоций, возможности их психологического выражения и до.)

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. Выраженность и/или множественность физических симптомов которым не найдено адекватного соматического объяснения.
2. Лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов.
3. Необходимость подбора терапии.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией

1. Направление ВКК ПНД (диспансерного отделения) или поликлиники, имеющей в своем составе психотерапевтический кабинет, при наличии соответствующего заключения врача-интерниста и подробной выписки из истории болезни.
2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);
3. Микрореакция (или кровь на RW).

Критерии диагностики:

Для всех соматоформных расстройств F 45. характерна выраженность физических симптомов, отсутствие объективных данных физической основы для симптоматики.

Для F 45.0: Наличие стойких жалоб на множественные и переменные соматические симптомы в течение не менее 2-х лет.

Для F 45.1: Соматические жалобы множественны, переменны длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается

F 45.2 Наличие стойких постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, сохраняющиеся не менее 6 месяцев и или стойкая озабоченность обнаруживаемым пациентом дисморфофобического уродства, постоянное неверие различным докторам

Для F 45.3: Симптомы вегетативного возбуждения, дополнительные симптомы относящиеся к определенному органу или системе, озабоченность и огорчение по поводу серьезного заболевания органа или системы, отсутствуют объективные данные о нарушении данного органа или системы

Для F 45.4: Длящаяся не менее 6 месяцев тяжелая и психически угнетающая боль, отсутствие какого – то физического или соматического нарушения, которые могли бы эту боль объяснить, не соответствие критериям шизофрении, аффективных нарушений

Для F 45.8: Жалобы больных ограничиваются отдельными органами или частями тела

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Электрокардиография;
6. Консультация: терапевта;
7. Консультация: невропатолога;
8. Экспериментально – психологическое обследование (первичное).

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Экспериментально – психологическое обследование (повторное);
2. Реоэнцефалография;
3. Ультразвуковое исследование;
4. Исследование кала на диз.группу;
5. Исследование кала на я/г.

Тактика лечения:

Основные принципы диагностики:

1. Основным является клиническое исследование, при котором выявляются клинические проявления и течение, характерные для соматоформных расстройств. В клиническое исследование входят:

- расспрос;
- наблюдение;
- сбор субъективного и объективного анамнеза;

2. Общесоматическое и неврологическое исследование.

3. Экспериментально – психологическое обследование.

4. Как правило, дополнительными являются исследования лабораторные и инструментальные, в целях проведения дифференциального диагноза, изменений при

лабораторном и инструментальном обследовании, вследствие побочных действий психотропных препаратов, верификации соматического или неврологического сопутствующего заболевания.

Конкретные схемы лечения:

Помощь больным с соматоформными расстройствами предусматривает комплекс лечебных воздействий, направленный на купирование клинических проявлений и включающий наряду с психотерапией медикаментозное лечение психофармакологическими и общеукрепляющими средствами, физиопроцедурами, ЛФК. При терапии соматоформных расстройств учитывается сопровождающая вышеуказанное расстройство тревожно-депрессивная симптоматика, личностные особенности, наличие сверхценных идей. Для этой цели необходимо применение комплекса препаратов с выраженным антидепрессивным действием. При лечении соматоформных расстройств также возможно применение бета-адрено-блокаторов (пропранолол, тразикор, обзидан и др.)

Подбор психофармакотерапии и выбор медикамента или их комплекса осуществляется строго индивидуально, с учетом многообразия клинических проявлений, индивидуальной переносимости лекарственных веществ, с постепенным подбором оптимальной терапевтической дозы для данного пациента:

1. Диазепам – в начале терапии необходимо парентеральное введение препарата в дозе 20 – 80 мг/с в 3 – 4 приема в течении первых десяти дней, с последующим переводом на пероральное введение 20 – 40 мг /с в 3 – 4 приема в течении 7 – 10 дней.
2. Амитриптилин – в дозе 50 – 150 мг /с в течении 30 дней в 3 – 4 приема для купирования соматоформных и тревожно – депрессивных симптомов.
3. Хлорпротиксен 30 – 100 мг в сутки в течении 10 – 20 дней в 3 приема.
4. Имипрамин 50 – 150 мг /с в 2 приема в первую половину дня для купирования депрессивных симптомов сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью (адинамическим, апатическим компонентом), алгических расстройств.
5. Флуоксетин – 20 – 60 мг/с 4 – 6 недель в первую половину дня в 1 – 2 приема в 30 % случаев. В отличие от амитриптилина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки.
6. Флувоксамин по 100-150 мг. в сутки до 30 дней приема. Для купирования соматоформных, тревожно-депрессивных расстройств.
7. Трифлуоперазин 5 мг/с в 2 приема для устранения сверхценных идей, психопатологических личностных реакций.
8. Рисперидон - оральный раствор 30 мл 2-6 мг/с в 1-2 приема для устранения сверхценных идей, психопатологических личностных реакций, аффективных расстройств.
9. Карбамазепин 200 – 400 мг/с в 2 приема.
10. Тригексифенидил для предупреждения побочных экстрапирамидных расстройств 2 мг. 3 раза в день (суточная доза 6 мг.)

Немедикаментозные методы:

ЛФК;

ИРТ 10 сеансов;

Психотерапия (Интегративная экспресс-психотерапия, НЛП; телесно-ориентированная психотерапия, миорелаксация по Джекобсону, гипноз, психодинамическая, когнитивно-бихевиориальная, аутосуггестивная и другие виды психотерапии, в зависимости от состояния пациента)

Перечень основных медикаментов:

1. *Диазепам 0,010 г, табл, 0,5% - 2 мл амп
2. *Амитриптилин 0,025, 0,01 табл, 1% – 2 мл амп
3. Хлорпротиксен 50 мг, табл, драже
4. *Флуоксетин 0,02 г, капс

5. *Имипрамин 0,025 г, табл, 1,25 % - 2,0 мл, амп
7. *Флувоксамин 0,05 г, табл
8. *Карбамазепин 0,1, 0,2 г, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Трифлуоперазин 0,005 г, табл
2. *Рisperидон оральный раствор, 30 мл, фл
3. *Тригексифенидил 0,002 г, табл

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Исчезновение или значительная редукция клинических проявлений

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Каплан Г.И., Сзодок Б.Дж.. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва “Медицина”, 1994.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей – Москва, “Медицина”, 1980.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия – Санкт-Петербург, 1996.
5. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва “Медицина”, 1985.
6. Справочник. Психосоматические заболевания./Под ред. Елисеева Ю.Ю. – Москва “Эксмо”, 2003.
7. Гиндикин В.Я. Справочник соматогенные и соматоформные психические расстройства. – Москва, Триада – Х, 2000.
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва. МИА, 2003.

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

Токсическое воздействие этилового спирта

Код протокола: 21-177в

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. прекращение воздействия и усиление выведения токсического вещества;
2. профилактика и лечение осложнений;
3. купирование симптомов интоксикации;
4. восстановление функций пораженных органов и систем;
5. купирование абстинентного синдрома

Длительность лечения: от 2 -7 дней (в зависимости от степени тяжести отравления и развития осложнений)

Коды МКБ: T51.0 Токсическое действие этанола

Определение: Патологическое состояние, обусловленное токсическим действием этанола на органы, системы и организм в целом, в результате однократного приёма потенциально токсических доз или в результате длительного употребления этанола.

Классификация:

- острое;
- хроническое.

Факторы риска: органическое поражение головного мозга, наследственная предрасположенность.

Поступление: экстренное

Показания для госпитализации:

1. отравления средней и тяжелой степени тяжести;
2. развитие осложнений угрожающих жизни;

Критерии диагностики: Этанол оказывает психотропное действие, связанное с наркотическим эффектом, ослабляющим тормозной процесс в ЦНС. Важную роль в токсическом эффекте, играет развитие метаболического ацидоза, причиной которого являются кислые продукты его биотрансформации (ацетальдегид, уксусная кислота). Диагноз острого отравления этанолом выставляется на основании анамнестических данных: ухудшение состояния на фоне употребления алкоголя в большом количестве. Клиники отравления: тошнота, рвота, головная боль, тахикардия, беспокойство, угнетение сознания кома, судороги. Данными объективного осмотра: запах алкоголя изо рта, гиперемии кожных покровов, гипертонуса сгибательной мускулатуры, возможно гипертензия, увеличение размеров печени и т.д. Подтверждается лабораторно: количественное определение уровня алкоголя в крови, и в моче, повышение трансаминаз, наличие ацетона в моче, электролитные нарушения. Возможные осложнения обусловлены токсическим поражением ЦНС, печени, сердца, почек, периферической нервной системы токсическими дозами этанола, а так же продуктами его метаболизма.

Перечень основных диагностических мероприятий:

- 1 Тест на содержание алкоголя в крови;
- 2 Тест на содержание алкоголя в моче (по Карандаеву);
- 3 Общий анализ крови (6 параметров);
- 4 Общий анализ мочи;
- 5 Определение мочевины;
- 6 Определение креатинина;
- 7 Определение общего белка;
- 8 Определение АЛТ;
- 9 Определение билирубина;

- 10 Микрореакция;
- 11 Электрокардиограмма
- 12 Определение глюкозы;
- 13 Исследование кислотно-основного состояния;
- 14 Определение АСТ, АЛТ.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- 1 Определение диастазы;
- 2 УЗИ органов брюшной полости (по показаниям);
- 3 Определение ацетона в моче;
- 4 Рентгенография черепа, органов грудной клетки, органов брюшной полости;
- 5 Определение ацетона в крови.
- 6 Определение технических спиртов в крови.
- 7 Эзофагогастродуоденоскопия

Тактика лечения

1. Стабилизация функций жизненно важных органов (дыхательная, сердечно-сосудистая, нервная системы)
2. Дезинтоксикационная терапия: а) промывание желудка через зонд б) форсированный диурез, в) при концентрациях этанола в крови свыше 3 г/л - гемодиализ
3. Симптоматическая терапия а) коррекция метаболических нарушений (метаболический, молочно-кислый ацидоз, алкогольный кетоацидоз) - тиамин 100 мг в/в, декстроза 50%-50 мл в/в, инфузионная терапия (3-5 л), натрия гидрокарбонат 1 мэкв/кг массы тела б) коррекция водно-электролитных нарушений - препараты: калия хлорид, магния сульфат, -натрия хлорид в виде внутривенных растворов (натрия ацетат, натрия лактат, физиологический раствор, кальция хлорид, магния хлорид)- 3-5 литров/сутки под контролем диуреза в) при поражении печени – витамины С, В1 (50 мг), В6 (50 мг), Е (300 тыс. ЕД), В12 (50 мг), гепатопротекторы (эссенциальные фосфолипиды, силимарин, адеметионин –1200 мг/сут) г) лечение алкогольного поражения ЦНС – нейротропные средства (Гинкго Билоба, пирацетам, ГБО), ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные ср-ва, алкогольного поражения миокарда (вит Е, эналаприл, калия хлорид, КМg аспарагинат, милдронат, рибоксин др.) д) лечение алкогольного гастрита (блокаторы гистаминовых H2 рецепторов, антациды местного действия, метоклопрамид, домперидон, ранитидин) е) седативная терапия (диазепам, оксибутират натрия), е) купирование абстинентных состояний. (клофелин 0,01 %, нейролептики, бензодиазепины, транквилизаторы)

Перечень основных медикаментов:

1. *Натрия гидрокарбонат, пор пак 10г
2. *Натрия ацетат, р-р д/инфуз мешп/проп 500мл
3. *Декстроза, р-р д/и 5%,10% фл, 500мл
4. *Калия хлорид, пор д/инф.
5. *Инсулин растворимый, р-р д/и 100МЕ/мл
6. *Магния сульфат 25%, 20мл, амп
7. *Натрия хлорид, 0.9% р-р д/инфуз фл 400мл
8. *Тиамин 1 мл, амп
9. *Пиридоксин 1 мл, амп
10. *Токоферола ацетат 1 мл, амп
11. *Аскорбиновая кислота 2 мл, амп
12. *Дифенгидрамин 1 мл, амп
13. *Платифиллин 0,2% р-р, амп
14. * Глюкоза р-р 40% 10мл, амп
15. * Пирацетам 5мл, амп

16. *Натрия тиосульфат 30% 10мл, амп
17. *Диазепам 10мг, амп
18. *Натрия оксибат 10мл, амп
19. *Метоклопрамид 2мл, амп
20. *Фуросемид 20мг, амп
21. *Хлорпромазин 2,5% 2мл, амп
22. *Адеметионин сульфат, пор д/и 400м
23. *Дроперидол 10мл, фл
24. * Кетолорак 1мл, амп
25. *Кальция глюконат 10мл, амп
26. КМг аспарагинат р-р для инф, р-р для в-в введения, табл.
27. Цианокоболамин амп.

Перечень дополнительных медикаментов.

1. *Фенобарбитал 100мг, таб
2. *Декстран 400мл, фл
3. *Допамин 5мл, амп
4. *Цефазолин 1 г фл
5. *Маннитол, фл.500мл
6. *Эпинефрин 0,18 1мл, амп
7. *Преднизолон 30мг, амп
8. *Эналаприл 1мл, амп
9. *Аденозина фосфат 1мл, амп
10. Домперидон таб.
11. Фамотидин таб., амп.

Критерии перехода на следующий этап лечения: купирование симптомов интоксикации и абстинентного состояния, стабилизация жизненно важных функций организма.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Acute care for alcohol intoxication www.postgradmed.com;
2. Alcohol Intoxication www.emedicinehealth.com.

*-препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

Хроническая почечная недостаточность

Код протокола: 11-1196

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: замедление темпов прогрессирования ХПН до терминальной стадии, предупреждение и лечение осложнений.

Длительность лечения: 14-20 дней (в зависимости от степени ХПН)

Коды МКБ: N18 Хроническая почечная недостаточность

Определение: Стойкое необратимое прогрессирующее нарушение гомеостатических функций почек (фильтрационной, концентрационной и эндокринной) вследствие постепенной гибели нефронов.

Классификация: выделяют 3 стадии ХПН:

- Начальная (латентная) стадия – СКФ 80-40 мл/мин. Клинически: полиурия, АГ (у 50% больных). Лабораторно: легкая анемия.
- Консервативная стадия - СКФ 40-10 мл/мин. Клинически: полиурия, никтурия, АГ. Лабораторно: умеренная анемия, креатинин 145-700 мкмоль/л.
- Терминальная стадия - СКФ менее 10 мл/мин. Клинически: олигоурия. Лабораторно: выраженная анемия, гиперкалиемия, гипернатриемия, гипермагниемия, гиперфосфатемия, метаболический ацидоз, креатинин более 700 – 800 мкмоль/л.

Факторы риска: экзогенные нефротоксические агенты (аминогликозиды и другие антибиотики, НПВП, препараты золота, гидралазин, калийсберегающие диуретики, контрастные вещества, метформин), курение.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

- Клинические: нарастание утомляемости, тошнота, рвота, потеря аппетита, снижение массы тела, одышка, зуд, судороги, артериальная гипертензия, отеки и ухудшение состояния кожи.
- Обострение основного заболевания или скачкообразное снижение функций почек
- Начало лечения эритропоэтином, парентеральное введение препаратов железа, витамина D, паракальцитола, гиполипидемическими препаратами.

Необходимое обследование перед плановой госпитализацией: минимальное обследование при направлении в стационар - клинические проявления и лабораторные исследования подтверждающие ХПН (ОАК, ОАМ, креатинин крови, скорость клубочковой фильтрации)

Критерии диагностики:

- В анамнезе острое или хроническое заболевание почек или характерные синдромы (гематурия, отеки, АГ, дизурия, боли в пояснице, никтурия)
- Физикальное обследование: зуд, расчеты, мочевого запах изо рта, сухость кожи, бледность, никтурия и полиурия, АГ
- Типичные лабораторные изменения: анемия, ОАМ – изостенурия, СКФ менее 80 мл/мин и/или увеличение концентрации креатинина более 145 мкмоль/л в сочетании с уменьшением размеров и повышением плотности почек по данным УЗИ у больных с хроническим заболеванием почек или без него.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Анализ мочи по Зимницкому
4. Проба Реберга
5. Определение остаточного азота
6. Определение креатинина

7. Определение калия/натрия
8. Определение кальция
9. Определение хлоридов
10. Определение магния
11. Определение фосфора
12. УЗИ органов брюшной полости
13. УЗИ сосудов

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Определение глюкозы
2. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая
3. активность плазмы, гематокрит)
4. Определение АЛТ
5. Определение АСТ
6. Определение общих липидов
7. Компьютерная томография
8. Консультация офтальмолога

Тактика лечения:

- Диета, стол №7 (№7а или №7б – при выраженной ХПН, №7г – у пациентов, находящихся на гемодиализе). Снижение потребление белка^А. При гиперкалиемии (олигоурия, анурия) – ограничение продуктов, содержащих соли калия. Снижение потребление фосфора и магния. Объем потребляемой жидкости на 500 мл выше суточного диуреза. Ограничение поваренной соли.
- Коррекция артериальной гипертензии: ингибиторы АПФ (эналаприл), блокаторы рецепторов ангиотензина II, недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (группы верапамила, дилтиазема), центрального действия (метилдопа), α-адреноблокаторы (**доксазозин**), β-адреноблокаторы (атенолол), петлевые диуретики (фуросемид)
- Коррекция гиперпаратиреоза: глюконат или карбонат кальция, алюминия гидроксид
- Коррекция гиперлипидемии: статины (симвастатин, провастатин). Дозы статинов уменьшают при СКФ менее 30 мл/мин.
- Коррекция анемии: эритропоэтин^А, препараты железа^А, переливание крови, эритроцитарной массы по жизненным показаниям.
- Коррекция водно-электролитного баланса: жидкость -2-3 л/сут. Ограничить натрий до 3-5 г/сут. При необходимости – петлевые диуретики (фуросемид) .
- Коррекция ацидоза: необходима если концентрация бикарбонатов в сыворотке крови составляет менее 18 ммоль/л (на поздних стадиях – менее 15 ммоль/л). Назначают кальция карбонат 2-6 сут, иногда натрия карбонат 1-6 г/сут

Перечень основных медикаментов:

1. блокаторы рецепторов ангиотензина II
2. *Атенолол 50 мг, табл
3. *Верапамила гидрохлорид 40 мг, табл
4. *Фуросемид 20мг/2мл, амп
5. *Кальция глюконат 10мл, амп
6. *Эналаприл 1 мл, амп
7. Симвастатин 10 мг, табл
8. *Препараты железа 2 мл, амп
9. * Метилдопа 250 мг, табл
10. Доксазозин 1 мг, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Кальция карбонат 500 мг, табл
2. Натрия карбонат 74 г, порошок для приготовления раствора для приема внутрь

Критерии перевода на следующий этап лечения: стабилизация общего состояния больного, в том числе клинических и лабораторных показателей, достичь компенсации по анемии, остеопатии, купирование гипегидратации

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Вып. 1. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.
2. Jukka Mustonen, Treatment of chronic renal failure. EBM Guidelines 11.6.2005. www.ebm-guidelines.com
3. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЕОТАР, 2002.

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

Язва двенадцатиперстной кишки

Код протокола: 06-070в

Профиль: терапевтический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

Эрадикация *H. pylori*. “Купирование (подавление) активного воспаления в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Заживление язвенного дефекта.

Достижение стойкой ремиссии.

Предупреждение развития осложнений

Длительность лечения: 12 дней

Коды МКБ:

K25 Язва желудка

K26 Язва двенадцатиперстной кишки

K27 Пептическая язва неуточненной локализации

K28.3 Гастродуоденальная язва острая без кровотечения и прободения

K28.7 Гастродуоденальная язва хроническая без кровотечения или прободения

K28.9 Гастродуоденальная язва, не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

Определение: Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, основным морфологическим субстратом которого является язвенный дефект в желудке, 12 п. кишке или проксимальном отделе тощей кишки, с частым вовлечением в патологический процесс других органов системы пищеварения и развитием многообразных осложнений.

Этиологическим фактором является *Helicobacter pylori*- грамм-отрицательная спиралевидная бактерия. Колонии живут в желудке, риск заражения с возрастом увеличивается. Инфекция *Helicobacter pylori* в большинстве случаев является причиной развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, В-клеточной лимфомы и рака дистальных отделов желудка. Около 95% язв двенадцатиперстной кишки и около 80% язв желудка связаны с наличием инфекции *Helicobacter pylori*. (1,2)

Отдельно выделяют симптоматические язвы, ассоциированные с приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), стероидных гормонов.

Классификация:

I. По локализации язвенного дефекта:

Язва желудка (кардиального, субкардиального, антрального, пилорического, по большой или малой кривизне).

II. По фазе заболевания:

1. Обострение

2. Затухающее обострение.

3. Ремиссия

III. По течению: 1. Латентное, 2. Легкое, 3. Средней тяжести, 4. Тяжелое.

IV. По размерам язвы: 1. Малая, 2. Средняя, 3. Большая, 4. Гигантская, 5. Поверхностная, 6. Глубокая.

V. По стадии язвы: 1. Стадия открытой язвы, 2. Стадия рубцевания, 3. Стадия рубца.

VI. По состоянию слизистой оболочки гастродуоденальной зоны: 1. Гастрит 1, 2, 3 степени активности (диффузный, ограниченный). 2. Гипертрофический гастрит, 3. Атрофический гастрит, 4. Бульбит, дуоденит 1,2,3 степени активности.. 5. Атрофический бульбит, дуоденит, 6. Гипертрофический бульбит, дуоденит.

VII. По состоянию секреторной функции желудка: 1. С нормальной или повышенной секреторной активностью, 2. С секреторной недостаточностью.

VII. Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и 12 перст. Кишки: 1. Гипертоническая и гиперкинетическая дисфункция, 2. Гипотоническая и гипокинетическая дисфункция, 3. Дуоденогастральный рефлюкс.

IX. Осложнения: 1. Кровотечение, постгеморрагическая анемия, 2. Перфорация, 3. Пенетрация, 4. Рубцовая деформация и стеноз привратника, 12 п. кишки (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный), 5. Перивисцериты, 6. Реактивный панкреатит, гепатит, холецистит 7. Малигнизация.

X. По срокам рубцевания: 1. Обычные сроки рубцевания язвы. 2. Длительно не рубцующаяся (более 8 нед.-при желудочной локализации, более 4 нед.-при локализации в 12 п.к.). 3. Резистентная язва (более 12 и более 8 недель соответственно.).

По степени активности: 1 ст.- умеренно выраженная, 2 ст.- выраженная, 3 ст. —резко выраженная.

По размеру (диаметру) язв • Малые: до 0,5 см • Средние: 0,5—1 см • Большие: 1,1-2,9 см • Гигантские: для язв желудка 3 см и более, для язв двенадцатиперстной кишки 2 см и более.

Факторы риска:

- наличие *Helicobacter pylori*
- прием нестероидных противовоспалительных препаратов, стероидных гормонов, наличие семейного анамнеза, нерегулярный прием лекарственных средств (7), курение, прием алкоголя.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённая ранее.
- Язвенная болезнь с резко выраженной клинической картиной обострения: сильный болевой синдром, рвота, диспептические расстройства.
- Язвенная болезнь тяжёлого течения, ассоциированная с *H. pylori*, не поддающаяся эрадикации.
- Язвенная болезнь желудка при отягощённом семейном анамнезе с целью исключения малигнизации.
- Язвенная болезнь с синдромом взаимного отягощения (сопут заболевания).

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией: 1. ЭФГДС, 2. Общий анализ крови, 3. Анализ кала на скрытую кровь, 4. Уреазный тест.

Критерии диагностики:

1. Клинические критерии:

Боль. Необходимо выяснить характер, периодичность, время возникновения и исчезновения болей, связь с приёмом пищи.

- Ранние боли возникают через 0,5-1 ч после еды, постепенно нарастают по интенсивности, сохраняются в течение 1,5 — 2 ч, уменьшаются и исчезают по мере продвижения желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку; характерны для язв тела желудка. При поражении кардиального, субкардиального и фундального отделов болевые ощущения возникают сразу после приёма пищи.

- Поздние боли возникают через 1,5-2 ч после еды, постепенно усиливаются по мере эвакуации содержимого из желудка; характерны для язв пилорического отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

- “Голодные” (ночные) боли возникают через 2,5-4 ч после еды, исчезают после очередного приёма пищи характерны для язв двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка.

- Сочетание ранних и поздних болей наблюдают при сочетанных или множественных язвах. Выраженность боли зависит от локализации язвенного дефекта (незначительная боль — при язвах тела желудка, резкая боль — при пилорических и внелуковичных язвах двенадцатиперстной кишки), возраста (более интенсивная у лиц молодого возраста), наличия осложнений. Наиболее типичной проекцией болей в зависимости от локализации язвенного процесса считают следующую:

- при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка — область мечевидного отростка

- при язвах тела желудка — эпигастральную область слева от срединной линии
- при язвах пилорического отдела и двенадцатиперстной кишки — эпигастральную область справа от срединной линии.

2. Анамнез, объективный осмотр.

3. Наличие на ЭФГДС язвенного дефекта, при язве желудка гистологические исследования, исключающее малигнизацию.

4. Исследование наличия в слизистой оболочке НР.

Все лица с подтвержденным диагнозом должны быть протестированы на наличие *Helicobacter Pylori*.

Выявление *Helicobacter Pylori*:

Диагностика *Helicobacter Pylori* обязательна всем пациентам с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в анамнезе, а также язвенной болезнью и ее осложнениями в анамнезе (А).

Ведение диагностических вмешательств по выявлению *Helicobacter Pylori* необходимо проводить как до начала эрадикационной терапии, так и после ее окончания для оценки эффективности мероприятий.

Перед началом лечения НПВС рутинная диагностика *Helicobacter Pylori* не показана.

Неинвазивные диагностические вмешательства рекомендованы пациентам с неосложненным течением симптомов диспепсии и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в анамнезе.

1. Дыхательный тест на мочевины — определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов C-13, которые выделяются в результате расщепления в желудке меченой мочевины под действием уреазы *Helicobacter pylori* (А, 1b, NICE 2004). Используется как для диагностики, так и для эффективности эрадикационной (должен проводиться не менее чем после 4-х недель после окончания лечения).(А, 1b)

2. Выявление антигенов *Helicobacter Pylori* (HpSA) в кале. Новый тест, характеризуется сравнимой достоверностью с дыхательным тестом на мочевины. Применяется как для диагностики *Helicobacter Pylori*, так и для эффективности эрадикационной терапии. (А.. 1a)

3. Серологический тест (определение JgG к *Helicobacter Pylori*). Характеризуется меньшей чувствительностью и специфичностью, по сравнению с дыхательным тестом на мочевины и выявлением антигенов к *Helicobacter Pylori* в кале. Однако, поскольку первые 2 теста характеризуются высокой стоимостью, то использование серологического теста может быть оправданно при высокой распространенности *Helicobacter Pylori*. , особенно при первичной диагностике *Helicobacter Pylori*.(А, 1b)

4. Инвазивные диагностические вмешательства необходимо проводить всем пациентам с симптомами: кровотечения, обструкции, пенетрации и перфорации. До завершения диагностических мероприятий эмпирическую терапию начинать нельзя.

5. Биопсийный уреазный тест. Чувствительность данного теста увеличивается, если биопсию берут из тела и антральной части желудка. Однако, по сравнению с неинвазивными мероприятиями он более дорог и травматичен.

6. Тест считается позитивным, если число организмов не менее 100 в поле зрения. Гистологическое исследование может быть полезным, если биопсийный уреазный тест негативен. Для окраски гистологических материалов необходимо использовать гематоксилин и эозин. (А, 1b)

7. Посев культуры — не следует использовать для диагностики *Helicobacter Pylori*, поскольку существуют более простые и высокочувствительные и специфичные методы установления диагноза. Использование посева культуры оправданно только в случае выявления антибиотикочувствительности и резистентности у пациентов с 2 и более случаями неудачной эрадикационной терапии (В, 11a), 4.

В данный момент наиболее доступен экспресс-метод определения НР в слюне с последующим

подтверждением биопсии.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови.
2. Определение сывороточного железа в крови.
3. Анализ кала на скрытую кровь.
4. Общий анализ мочи.
5. ЭФГДС с прицельной биопсией (по показаниям).
6. Гистологическое исследование биоптата.
7. Цитологическое исследование биоптата.
8. Тест на Hp.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Ретикулоциты крови
2. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.
3. Определение билирубина крови.
4. Определение холестерина.
5. Определение АЛТ, АСТ.
6. Определение глюкозы крови.
7. Определение амилазы крови
8. Рентгеноскопия желудка (по показаниям)

Тактика лечения

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Диета №1 (1а, 1б) с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острые приправы, маринованные и копчёные продукты). Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*

Показано проведение эрадикационной терапии⁴. Требования к схемам эрадикационной терапии:

- В контролируемых исследованиях должна приводить к уничтожению бактерии *H. pylori*, как минимум, в 80% случаев.
- Не должна вызывать вынужденной отмены терапии вследствие побочных эффектов (допустимо менее чем в 5% случаев).
- Схема должна быть эффективной при продолжительности курса лечения не более 7-14 дней.

Тройная терапия на основе ингибитора протонного насоса — наиболее эффективная схема эрадикационной терапии^А. При применении схем тройной терапии эрадикации достигают в 85-90% случаев у взрослых пациентов^С и как минимум в 15% случаев у детей^В.

Схемы лечения:

Терапия первой линии.

Ингибитор протонного насоса (омепразол* 20 мг, рабепразол^{А*} 20 мг) или ранитидин-висмут-цитрат* в стандартной дозировке + кларитромицин^{А*} 500 мг + амоксициллин^{А*} 1000 мг или метронидазол* 500 мг; все ЛС принимают 2 раза в день в течение 7 дней. Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом^В, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии. Кларитромицин по 500 мг 2 раза в день оказался эффективнее приёма ЛС в дозе 250 мг 2 раза в день^В. Показано, что эффективность ранитидин-висмут-цитрата^{А**} и ингибиторов протонного насоса^А одинакова.

Применение терапии второй линии рекомендуют в случае неэффективности препаратов первой линии. Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в день + висмута

субсалицилат^B 120 мг 4 раза в день + метронидазол^{A**} 500 мг 3 раза в день + тетрациклин^{A**} 100-200 мг 4 раза в день.

Правила применения антихеликобактерной терапии

1. Если использование схемы лечения не приводит к наступлению эрадикации, повторять её не следует.

2. Если использованная схема не привела к эрадикации, это означает, что бактерия приобрела устойчивость к одному из компонентов схемы лечения (производным нитроимидазола, макролидам).

3. Если использование одной, а затем другой схемы лечения не приводит к эрадикации, то следует определять чувствительность штамма *H. pylori* ко всему спектру используемых антибиотиков.

4. При появлении бактерии в организме больного через год после окончания лечения ситуацию следует расценивать как рецидив инфекции, а не как реинфекцию.

5. При рецидиве инфекции необходимо применение более эффективной схемы лечения.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение ещё в течение 5 нед при дуоденальной и в течение 7 нед при желудочной локализации язв с использованием одного из антисекреторных препаратов (ингибиторов протонного насоса, блокаторов H₂-рецепторов гистамина).

Язвенная болезнь, не ассоциированная с *H. pylori*

В случае язвенной болезни, не ассоциированной с *H. pylori*, целью лечения считают купирование клинических симптомов болезни и рубцевание язвы. При повышенной секреторной активности желудка показано назначение антисекреторных препаратов.

- Ингибиторы протонного насоса: омепразол^{A*} 20 мг 2 раза в день, рабепразол^{A*} 20 мг 1-2 раза в день,

- Блокаторы H-рецепторов гистамина: фамотидин^{A*} 20 мг 2 раза в день, ранитидин^{B*} 150 мг 2 раза в день.

- При необходимости — антациды^{B*}, цитопротекторы.*

Эффективность лечения при язве желудка контролируют эндоскопическим методом через 8 нед, при дуоденальной язве — через 4 нед.

А. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе. Показания: 1. Неэффективность проведенной эрадикационной терапии, 2. Осложнения ЯБ, 3. Наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВС, 4. Сопутствующий ЯБ эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит, 5. Больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением ЯБ.

Б. Терапия по требованию, предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ прием одного из секреторных препаратов в полной суточной дозе - 3 дня, затем - в половинной - в течение 3 нед. Если симптомы не купируются, то после ЭФГДС, выявления повторного инфицирования - повторная эрадикационная терапия.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин 1000 мг, табл
2. *Кларитромицин 500 мг, табл
3. *Тетрациклин 100-200 мг, табл
4. *Метронидазол 500 мг, табл
3. * Гидроокись алюминия, гидроокись магния

4. *Фамотидин 40 мг, табл

5. *Омепразол 20 мг, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Висмута трикалия дицитрат 120 мг, табл

2. *Домперидон 10 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап: Купирование диспепсического, болевого синдрома, Больные нуждаются в диспансерном наблюдении.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Prodigy guidance – Dyspepsia – proven DU, GU, or NSAID-associated ulcer. NICE 2004 Management of Helicobacter pylori Infection. MOH Clinical Practice Guidelines 9/2004
2. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. М.2004.
3. New Zealand guidelines group/ Management of dyspepsia and heartburn, June 2004.)
4. Management of Helicobacter pylori infection. Ministry of health clinical practice guidelines 9/2004/
5. Guidelines for clinical care. University of Michigan health system. May 2005.
6. Practice guidelines. Guidelines for the Management of Helicobacter pylori Infection/ THE AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY Vol. 93, No. 12, 1998.
7. National Committee for Clinical Laboratory Standards/ Methods for Dilution Antimicrobial Susceptibility Tests for Bacteria That Grow Aerobically- Fift Edition/ Approved Standard NCCLS Document M7-F5, Vol.20, NCCLS, Wayne, PA, January 2000.
8. В.Т. Ивашкин. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни . Пособие для врачей. Москва., 2005г.
9. Григорьев П.Я. Рекомендации по лечению и диспансеризации больных с основными заболеваниями органов пищеварения, Москва, 2001г.
10. А.В. Нерсесов Клинические классификации основных заболеваний органов пищеварения Учебно-методическое пособие, Астана, 2003г.

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

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

Протоколы
диагностики и лечения заболеваний
(для стационаров хирургического профиля)

Алматы 2006г.

**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 сальную 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 сальных 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 стафилострептококковая 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 дренируют 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 мажевые 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);

амоксиклав/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 сенсibilизацию 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 поражений 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. *Цефуоксим 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 Carbuncles;
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 амбулаторного 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 Хламидиоген

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 (кларитромицин, сумамед, азивок, рокситромицин), тетрациклины и др.
2. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор 400 мг\сут течение 7 дней
3. α -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: α -блокаторы, ингибиторы 5α -редуктазы, 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: Н40.5 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, глаукома 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. Декстро́за глазные капли
9. *Аскорби́новая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
10. *Нитрофура́л глазные капли
11. *Преднизоло́н раствор для инъекций 30 мг/мл
12. *Тропи́камид 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 свищем (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) пострadiaционный 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

3. 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. Спирцевой 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 тела лейкоцитоз 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. Бактериоскопия полученного материала с получением антибиотикограммы
7. КТ
8. ЯМРТ пораженного сегмента
9. УЗИ
10. HbsAg, Anti-HCV.

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, ципрофлоксацин, пефлоксацин). 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 декомпрессивной 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 потребуется 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 включить следующие действия:

1. Составить обоснованный индивидуальный план 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 наkostных 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 билокальным 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 оральный раствор 400 мг\сут течение 21 дня. В послеоперационном периоде применяется иммуностимуляторы, физиолечение (УФО, электрофорез, 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, тромбомасса, 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 гематогенного 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. Тимоловая проба
8. Определение группы крови и резусфактора
9. Гистологическое исследование ткани
10. ЭКГ
11. Флюорография
12. Микрореакция
13. Реакция Вассермана
14. Консультация кардиолога
15. Консультация врача анестезиолога
16. УЗИ мочевого пузыря
17. УЗИ почек
18. УЗИ надпочечников
19. HbsAg, Anti-HCV.

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.urilgyhealth.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 процедур, 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 гиалинозом³. **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: HbsAg, Anti-HCV.

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: тимпанопластика, мастоидектомия, тимпанопластидектомия и пластика слуховых косточек⁵.

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/des796html

3. Малая медицинская энциклопедия. www.rubricon/mme_ann/

4. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЕОТАР, 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 (спорины, нафталин, таллий, тринитротолуол, динитрофенол, нитрокрасители) 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 Штейнера), синдром Дауна, трисомия по 13 и 15 парам хромосом; гипопаратиреоидное 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. Энтеоптические феномены
10. Цветовосприятие
11. HbsAg, Anti-HCV.

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 вязкоэластиков.

Медикаменты:

После операции обязательно назначение местно антибактериальных препаратов (хлорамфеникол 0,25% глазные капли, нитрофурал 0,02% глазные капли, сульфацил натрия 30% глазные капли, макситрол (дексаметазон+Неомицин+Полимиксин) глазные капли по 2 капли 6 раз в день, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов (дексаметазон 0,1% глазные капли, дексаметазон 0,5 мл инъекции парабюльбарно 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 противовоспалительная и рассасывающая терапия: церебролизин (комплекс пептидов) – парабюльбарные 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. *Нитрофурал 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 пиелостенография
26. Экскреторная урография
27. Компьютерная томография почек
28. Пункция кисты
29. HbsAg, Anti-HCV.

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: левомецетин, 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 5 мл, 10 мл
6. *Натрия хлорид 0,9% раствор для инфузий и инъекций
7. * Препараты, получаемые из крови (плазма свежесамороженная)
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, 1 000 мг 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. Лиофилизированные 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., Нечипоренко А.Н., 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. HbsAg, Anti-HCV.

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 капли 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 таб 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

* – 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 магниев-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 мочевыводящего 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. Иммунограмма (роетки и Манчини)
10. Определение АЛТ
11. Определение остаточного азота
12. Определение группы крови и резусфактора
13. УЗИ органов брюшной полости

14. Обзорная рентгенография (кальциевые камни интенсивно контрастны; цистиновые, трипельфосфатные и смешанные уратно-кальциевые камни умеренно контрастны)
15. Ретроградная урография (строго по показаниям)
16. Цистоскопия
17. Экскреторная урография
18. HbsAg, Anti-HCV.

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. *Цефуросим 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.HbsAg, Anti-HCV.

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 капс; 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, иррадирующими 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. HbsAg, HCV.
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 (суспензорий)
 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. Нитроксолин 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 неустойчивости 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 тяжелее. 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 локализации 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 отмечают 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 varum* и *genu valgum*), за счет ослабления боковых и крестообразных связок появляется неустойчивость сустава при латеральных движениях в суставе, или симптом "выдвижного ящика". В начале заболевания чаще возникает пателлофemorальный 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, пироксикам, 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 (500–1000 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 синехииообразованию – 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, цiproфлуксацин по 1 кап х 6 раз в день). Общая антибактериальная терапия в виде таблеток, внутримышечных или внутривенных инъекций, например, цiproфлуксацин 500-1000 мг 2 раза в день, гентамицин 80 мг 2 раза в день. Антибиотики в виде параорбитальных инъекций, например, цiproфлуксацин 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. *Цiproфлуксацин 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 Lotepredol 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: 389-391.

* – 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. HbsAg, Anti-HCV.

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 фрезевого 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: 07-066а

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 сальниковой 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 14×10^9 /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. Анти-HBS
17. УЗИ органов брюшной полости

18. Компьютерная томография
19. Эзофагогастродуоденоскопия
20. HbsAg, Anti-HCV.

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 плазмопотери (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 антигипоксанта́нная 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 5 мл, 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. HbsAg, Anti-HCV.

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

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

По плоскости перелома:

1. поперечные;
2. косые;
3. винтообразные;
4. продольные;
5. 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. HbsAg, Anti-HCV.

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 допустимой 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 пластиной 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]:

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 преоперационной 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 [3].

Схемы антибиотикопрофилактики [3]:

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:

- 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:

1. Work Loss Data Institute. Shoulder.- 2005.- 137 p.
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 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:

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. HbsAg, Anti-HCV.

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]:

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 [3]:

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:

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

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Доказательная медицина. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для практикующих врачей.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.523-524
2. National Guideline Clearinghouse. Elbow. Work Loss Data Institute.- 2004.- p.110
3. National Guideline Clearinghouse. Practice Management for Prophylactic Antibiotic Use in Open Fracture: Eastern Association for the Surgery of Trauma.- 2000.- p.28
4. 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.

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

По плоскости перелома:

1. поперечные;
2. косые;
3. винтообразные;
4. продольные;
5. 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 сегменте;
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 предплечья;
5. Рентгенологические признаки перелома диафиза костей предплечья 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. HbsAg, Anti-HCV.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения: При неустраняемом 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]:

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 [3]:

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, 1000 мг во флаконе
3. *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 Лефора II: Обнаруживают отёк в области средней трети лица и под глазницей, кровоподтёки с обеих сторон, носовое кровотечение (очень часто). Больной иногда отмечает диплопию.

- Перелом Лефора III: Кроме перечисленных выше признаков, обнаруживают 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. HbsAg, Anti-HCV.

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 арозной 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 удастся сопоставить линии отломков иным способом, то необходимо оперативное 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 удастся, 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 коррекцию производят прямым обследованием и приподниманием отломков кости. При необходимости нижнюю стенку глазницы укрепляют с помощью синтетических материалов, костных или хрящевых аутоотрансплантатов.

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 экзофтальм, также возможна диплопия. С профилактической целью необходимо назначить антибиотики.

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, 1000 мг во флаконе
3. *Цефуроксим 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: 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 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/аборты 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 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, фибroadеномой, 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. 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. HbsAg, Anti-HCV.
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 опухоли 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 оральный раствор 150 мл – 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. Practice Guideline Report #1-8. Most Recent Literature search: May 1, 2003
3. The role of the Taxanes in the Management of Metastatic Breast cancer. Practice Guideline Report #1-3. April 24, 2004
4. Capecetabine in Stage IY Breast Cancer. Practice Guideline Report #1-16. Version 2, 2003
5. The Role of Aromatase Inhibitors in the Treatment of Postmenopausal Women with Metastatic Breast cancer. Practice Guideline Report #1-11. (Version 2.2002)
6. Practice 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, рептилии, 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. ВИЧ, HbsAg, Anti-HCV.

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:

1. Травмы с повреждением кожи и мягких тканей длиной менее 1 см., рана чистая.
2. Травмы с повреждением кожи длиной более 1 см при отсутствии выраженных повреждений подлежащих тканей или значительных смещений.
3. 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 20мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов: нет

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

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Доказательная медицина. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для практикующих врачей.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.523-524
2. Хирургия. Руководство для врачей и студентов.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.576-577
3. National Guideline Clearinghouse. Practice Managment for Prophylactic Antibiotic Use in Open Fracture: Eastern Association for the Surgery of Trauma.- 2000.- p.28
4. 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 адъювантной 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 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 гормональная терапия), наличие заболеваний матки и яичников, щитовидной железы, психологические стрессы, злоупотребление алкоголем, ожирение, дисгормональные гиперплазии молочных желез, частые м/абORTы 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, CA15-3 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, 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 1 (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 адъювантной 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, доцетаксел) 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 (доксорубин или эпирубин) или антациклина в стандартной комбинации предлагаются следующие опции: - лечение одним доцетакселом 100 мг/м² 1 раз в каждые 3 недели

- доцетаксел или паситаксел в комбинации с доксорубином.

Пациентам, которые ранее не получали антрациклины, но имеют к ним противопоказания рекомендуется лечение одним доцетакселом 100 мг/м² 1 раз в каждые 3 недели.

Пациентам, ранее получавшим антрациклины как вспомогательную терапию и имеющим резистентность к ним рекомендуется – или доцетаксел (100 мг/м² 1 раз каждые 3 недели) или

паклитаксел (175 мг/м² 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/м² дважды ежедневно капецитабин (75% от полной дозы) в день от 1 до 14 дня плюс доцетаксел 75 мг/м² в/в в день от 1 до 21 дня цикла. Пациентам, получавшим ранее антрациклины и/или таксаны капецитабин назначается один (1) 1250 мг/м² 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/м² перорально с 1-го по 14 день), метотрексат (по 400 мг/м² в/в на 1-й и 8-й дни) и 5-фторурацил (по 600 мг/м² в/в 1-й и 8-й дни) каждые 4 недели, в зависимости от ответной реакции число курсов может достигать 6.

Схема ЦАФ – циклофосфамид (по 500 мг/м² в/в), какой-либо из антрациклинов, например доксорубин (по 50 мг/м² в/в) и 5-фторурацил (по 500 мг/м² 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 (эрубин и доксорубин) 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. Адювантная 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 (акларубин, даунорубин, доксорубин, эпирубин, идарубин) снижает частоту рецидивирования РМЖ и статистически значительно 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.

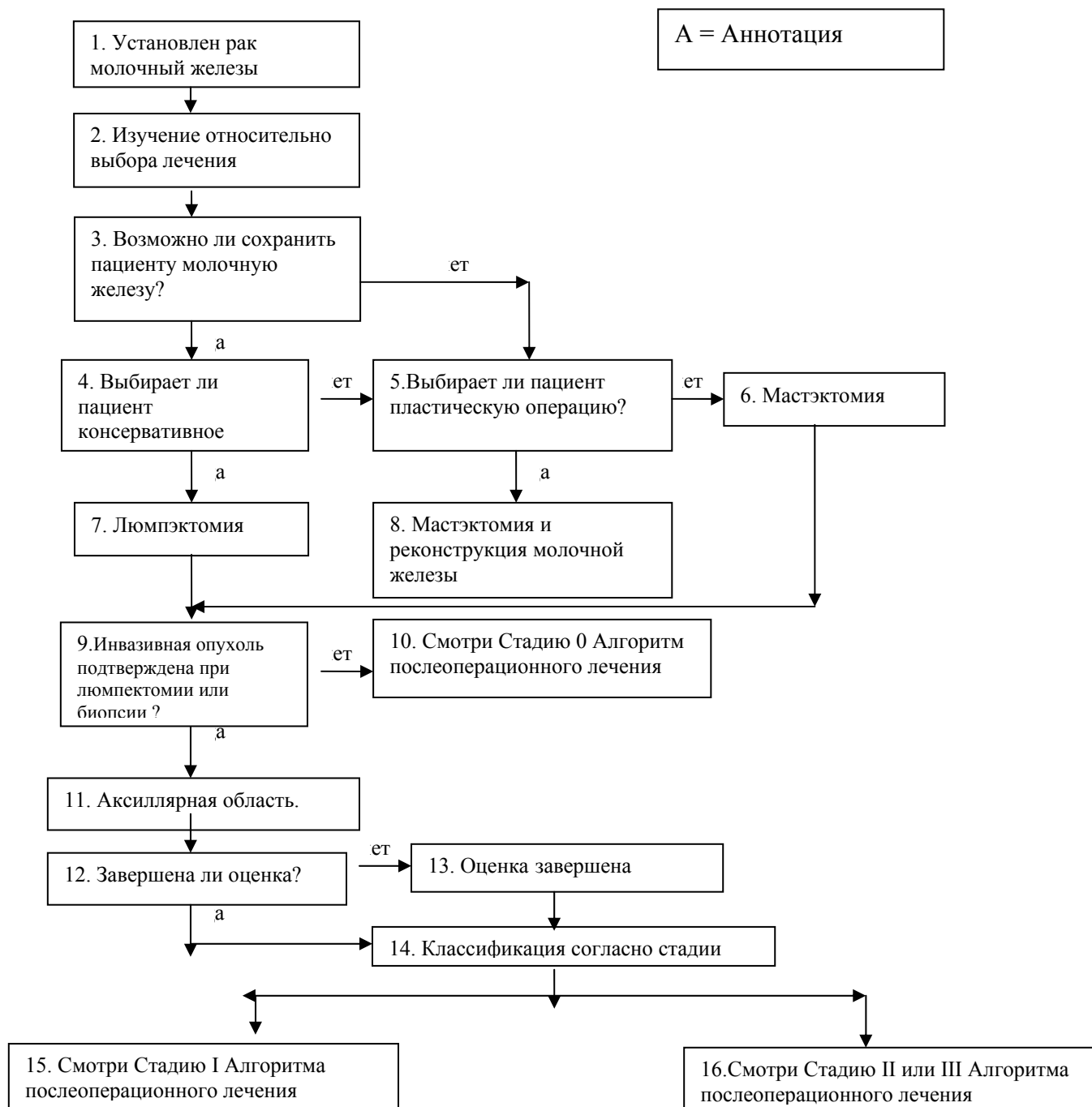
Схема ФАЦ – комбинированное применение 5-фторурацила, адриомидина (доксорубин) и циклофосфамида.

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.



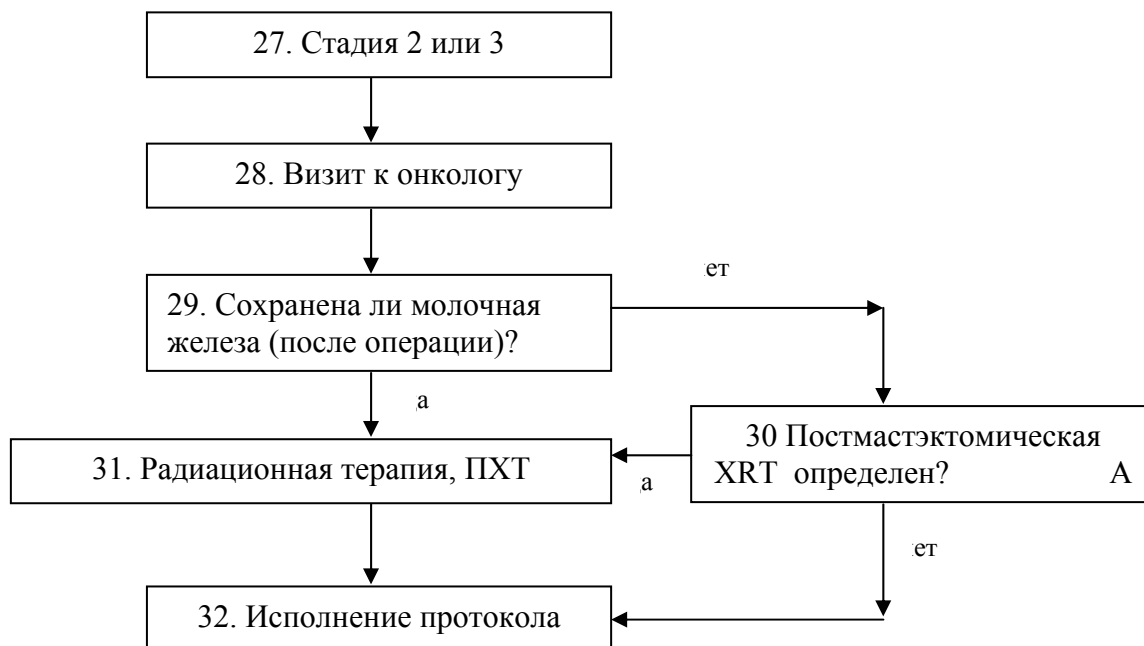
**Лечение Рака Молочной Железы.
Стадия I Алгоритм послеоперационного лечения**

A = Аннотация



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

А = Аннотация



**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. *Эпирубин 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:

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

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 противостолбнячной 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 VITRAK (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); дезинтоксикационной (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: депротеинизированный дериват из телячьей крови гель глазной, по показаниям депротеинизированный 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 отломков 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. ЭКГ
8. Рентгенография легких

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

9. HbsAg, Anti-HCV.

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 топографически 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 левомецетина 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 повреждении 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 окологсинусные 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 впасть 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 заверченный 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 обеспечит 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. Аналигезирующая, 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 х 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 офтальмотонуса, 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 – Т+, гипотония – Т-.

По типу вторичного иммунодефицита: транзиторный, супрессорный, эффекторный.

Характеристика контузий: 3-ей степени: глубокие, эрозия, отек, десцеметит, надрывы склеры, кровоизлияния, гифемы более 3 мм, обширные иридодиализы, мидриаз, рецессия угла передней камеры, аниридия. Подвывих, вывих хрусталика, разрывы капсулы хрусталика, его помутнение, грыжа стекловидного тела, частичный или диффузный гемофтальм. На глазном дне: выраженный отек сетчатки, центральные разрывы хориоидеи и сетчатки, отслойка сетчатки. Острота зрения от 0,1 до светоощущения 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 х 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, пентоксифилин 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 использованием вискоэластиков).

При тотальном гемофтальме закрытая субтотальная витрэктомия с использованием набора витреотома, по показаниям - набора для инъекций вязких жидкостей, перфлюороона, 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. *Цианокобаламин 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:

1. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Eye Injuries. 2005
2. 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 слабоположительная.

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, пиразинамид 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 не получавших 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, пиразинамид 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 капсул; 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 капсул
16. *Адеметионин 400 мг, табл порошок лиофилизированный для приготовления инъекционного раствора 400 мг
17. *Урсодезоксихолевая кислота таблетка 250 мг
18. *Селимарин, капсул
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, клинко-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., Богдельникова 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 отграниченный 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 подрытые, 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. HbsAg, Anti-HCV.

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, хлоргексидин, иодоглюконат, 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 мазовые 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. *Иммуноглобулин 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 состояние 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: 07-067а

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 свищем.

Факторы риска: цирроз печени, инфекционные заболевания желчевыводящих путей, наследственные заболевания крови (серповидно-клеточная анемия), пожилой возраст, беременные женщины, ожирение, лекарственные 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. HbsAg, Anti-HCV
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 послеоперационных 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. Доксициклин внутрь или в/в капельно. В 1-й день назначают 200 мг/сут, в последующие дни по 100-200 мг 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. *Аминокaproновая 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 свежезамороженная 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., Lynm 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: 03-028а

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 шрапнелевой 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 эптитимпанита, 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, Clongsuesuek 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.

Чрезмыщелковый перелом плеча со смещением

Код протокола: 21-171п

Профиль: хирургический

Этап: стационар

Цель этапа: своевременная диагностика чрезмыщелкового 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: **Чрезмыщелковый перелом плеча** – нарушение целостности костной ткани мыщелка плечевой кости в результате травмы или патологического процесса.

Классификация:

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

Классификация АО:

А – внесуставной перелом;

В – неполный внутрисуставной перелом;

С – полный внутрисуставной перелом;

Каждый пункт имеет разделение по характеру перелома (например: А₁ – перелом латерального надмыщелка, или С₃ – 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

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 недель;
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 чрезмыщелковых 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:

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 преоперационной 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:

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:

- 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:

1. Work Loss Data Institute. Shoulder.- 2005.- 137 p.
2. Доказательная медицина. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для практикующих врачей.- Москва, «Геотар-Мед».- 2002.- с.523-524
3. National Guideline Clearinghouse. Practice Management 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.
6. 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 Гастроюнальная язва

K28.0 Гастроюнальная язва острая с кровотечением

K28.1 Гастроюнальная язва острая с прободением

K28.2 Гастроюнальная язва острая с кровотечением и прободением

K28.4 Гастроюнальная язва хроническая или неуточненная с кровотечением

K28.5 Гастроюнальная язва хроническая или неуточненная с прободением

K28.6 Гастроюнальная 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 (Н. Pylogi).

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 гастрин 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. HbsAg, Anti-HCV.

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:

- a) Инфузионная. е-Аминокапроновая 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.
- b) Местная. Строгий постельный режим, холод на подложечную область, промывание желудка ледяной водой, желудочная гипотермия, введение в желудок по зонду адреналина или норадrenalина 0,1% раствор – 4 мл вместе с 100-150 мл 5% е-аминокапроновой кислоты (или дают пить по 1 столовой ложке этой смеси каждые 15 мин).
- c) Лечебная эндоскопия. Обкалывание язвы 0,1% раствором адреналина или норадrenalина, электрокоагуляция, прошивание сосуда металлической клипсой, лазерная коагуляция, аппликация медицинского клея МК № 6,7,8.
- d) Эндоваскулярная эмболизация кровоточащего сосуда с помощью суперселективного введения искусственного эмбола через бедренную артерию.

Коррекция волевых 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 : пилобакт.

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 удастся 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 100мм 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
1. *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
2. *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.: ГЭОТАР 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.

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

**Протоколы
диагностики и лечения заболеваний
(для стационаров педиатрического профиля)**

Алматы 2006г.

Атопический дерматит у детей

Код протокола: 09-1076

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. Устранение или уменьшение воспалительных изменений на коже и кожного зуда.
2. Восстановление структуры и функции кожи (улучшение микроциркуляции и метаболизма в очагах поражения, нормализация влажности кожи).
3. Предотвращение развития тяжелых форм заболевания, приводящих к снижению качества жизни больного и инвалидизации.
4. Лечение сопутствующих заболеваний (санация ЖКТ).
5. Достижение клинико-лабораторной ремиссии.
6. Улучшение самочувствия.

Длительность лечения: 12 дней.

Коды МКБ: L20.8 Другие атопические дерматиты

L23 Аллергический контактный дерматит

L50 Аллергическая крапивница

Определение: Атопический дерматит – аллергическое поражение кожи, формирующееся в раннем детском возрасте, имеющее стадийное, рецидивирующее течение, в основе которого лежит наследственная предрасположенность и IgE-зависимый механизм заболевания, проявляющееся интенсивным зудом, папулезными высыпаниями, лихенификацией.

Классификация:

I. 1. истинная экзема; 2. микробная экзема; 3. себорейная экзема.

II. По степени тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая.

III. По баллам: поражение головы – 1 балл, туловища – 1 балл, конечностей – 1 балл (1 балл – легкое течение, 2 балла – среднетяжелое, 3 балла – тяжелое течение).

Фактор риска:

1. аллергическая реактивность родителей;
2. сложное течение беременности;
3. искусственное вскармливание;
4. частые инфекционные заболевания;
5. аллергены могут быть клещи, домашняя пыль, пыльца, и шерсть животных;
6. дисбактериоз;
7. патология ЖКТ.

Поступление: плановое, экстренное

Показания к госпитализации: обострение кожного процесса, зуд.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Кал на яйца глист;
4. Соскоб на яйца глист трехкратно.

Критерии диагностики:

1. кожный зуд;
2. раннее начало (до 2 лет);
3. указание в анамнезе на поражение кожных складок, а также щек у детей младше 10 лет.
4. складчатый характер поражения кожи, лихенизация;
5. общая сухость кожи в анамнезе;
6. аллергический ринит или бронхиальная астма в анамнезе, а так же наличие любого

атопического заболевания у родственников (первой степени родства) в возрасте до 4 лет;

7. повышение уровня сывороточного IgE;

8. определение специфических IgE – ИФА – диагностика.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация аллерголога;

2. Консультация педиатра;

3. Исследование на кишечный дисбактериоз;

4. Гистологическое исследование;

6. Соскоб.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация стоматолога;

2. Консультация невропатолога;

3. УЗИ органов брюшной полости.

Тактика лечения: Учитывая преимущественную роль пищевых аллергенов в формировании atopического дерматита, показана пищевая диета с исключением из рациона аллергенов. Исключение (ослабление) влияния пусковых факторов (домашняя пыль, шерсть животных и т.д.). Следующий этап включает применение лекарственных препаратов: антигистаминные препараты 2-3 поколения (лоратадин 25 мг, эбастин 100мг, цетиризин 10,0). Для стабилизации аллергического процесса показано применение стабилизатора клеточных мембран (кетотифен 1 мг/кг) длительно. Препараты, регулирующие процессы пищеварения. В тяжелых случаях эффективно назначение кортикостероидных препаратов, которые улучшают состояние в течение 1-4 недель (преднизолон 30 мг/мл, гидрокортизон мазь 1% , бетаметазона дипропенад 15-30 мг).

Степень тяжести atopического дерматита определяется интенсивностью кожного зуда, распространенностью кожного процесса, локализацией, нарушением сна, наличием кожной инфекции. При появлении высыпаний на коже необходимо прекратить поступление аллергена в организм и промыть желудок и кишечник, показано применение энтеросорбентов. Большое внимание уделяется наружной терапии: при экссудации - примочки с 1% танином, с последующей обработкой метиленовой синькой 3-6 дней, затем применение наружных глюкокортикостероидных кремов, гелей, мазей (при хронических процессах), с учетом выраженного противовоспалительного действия глюкокортикостероида (метилпреднизолон 250 мг). В зависимости от стадии и клинической картины болезни средства наружной терапии используют в виде различных лекарственных форм (паста, мазь, крем, лосьон). При обострении пиодермии следует провести курс антибактериальной терапии (на фоне антигистаминных препаратов), кроме того, применяют наружные комбинированные препараты (тридерм 1%-10,0; целестодерм Г 0,5%-10,0; адвантан крем 0,1; элоком 15 мг, мазь 0,1). С целью десенсибилизации применяют тиосульфат натрия (в/в капельно на физ. растворе). Для восстановления микробиоценоза кишечника используют продукты обмена молочной кислоты. У части больных в обострении atopического дерматита определенная роль принадлежит патологии гепатобилиарной системы, желудочно-кишечного тракта и поэтому печеночные пробы и исследование кала на дисбактериоз являются для этой группы важными показателями в терапии, назначаются гепатопротекторы (эссенциале 1 мл 50 мг или капсулы 50,0 1- 3 раза в день), а также ферментные препараты (панкреатин 0,5 мг). Учитывая, что у некоторых больных отмечаются изменения со стороны ЦНС, нарушение сна, таким больным дополнительно назначается электросон для седации, а так же психотропные препараты с седативным действием (назначают при необходимости) – оксазепам 10 мг на ночь или феназепам 0,0005г на ночь.

Перечень основных медикаментов:

1. *Лоратадин 10 мг табл.; мазь 15 мг;

2. *Цетиризин 10 мг табл.;

3. *Преднизолон мазь 0,5%;
4. *Гидрокортизон 1%мазь, крем;
5. Тридерм 15 мг табл;
6. Целестодерм Г 15-30 мг табл;
7. Адвантан мазь 15,0;
8. *Тиосульфат натрия 30% 10 мл раствор;
9. *Метилпреднизолон 4 мг табл.; 40 мг, 125 мг, 250 мг, 500 мг порошок для приготовления инъекционного раствора;
10. *Панкреатинтаблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД;
11. *Бетаметазона дипропенад 1 мл раствор амп.;

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Оксазепам 0,01мг табл.;
3. *Феназепам 0,01 мг табл.;
4. Эссенциале1 мл. 50 мг. или капсулы 50,0;

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Санаторно-курортное лечение.

Морские ванны с родоном (озеро Алаколь, Иссык-Куль, Мертвое море).

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, 2-е издание. ГЭОТАР-МЕД, 2002, С. 909-911.
2. Atopic eczema. Dominic Smethurst and Sarah Macfarlane, May 2002. [http: www.guidlines.gov](http://www.guidlines.gov).

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

Врожденная пневмония

Код протокола: 15-138а

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. купирование дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, симптомов общей интоксикации;
2. нормализация перкуторной и аускультативной картины в легких;
3. нормализация лабораторных показателей.

Длительность лечения: 17 дней

Коды МКБ:

- R23 Врожденная пневмония
- R23.0 Вирусная врожденная пневмония
- R23.1 Врожденная пневмония, вызванная хламидиями
- R23.2 Врожденная пневмония, вызванная стафилококком
- R23.3 Врожденная пневмония, вызванная стрептококком группы В
- R23.4 Врожденная пневмония, вызванная кишечной палочкой
- R23.5 Врожденная пневмония, вызванная *Pseudomonas*
- R23.6 Врожденная пневмония, вызванная другими бактериальными агентами
- R23.8 Врожденная пневмония, вызванная другими возбудителями
- R23.9 Врожденная пневмония неуточненная

Определение: Врожденная (внутриутробная) пневмония – инфекционное заболевание паренхимы легких, развивающееся вследствие инфицирования плода в антенатальном или интранатальном периодах.

Классификация: В зависимости от времени инфицирования пневмонии подразделяются:

1. Врожденная трансплацентарная пневмония (возбудитель проникает к плоду от матери через плаценту); это обычно одно из проявлений генерализованных инфекций таких как краснуха, цитомегалия, простой герпес, токсоплазмоз, листериоз, сифилис, микоплазмоз и др., которые, как правило, протекают с поражением разных органов.
2. Врожденная интранатальная пневмония, обусловленная возбудителями, проникшими в легкие плода в процессе родов: из околоплодных вод, или при прохождении плода по инфицированным родовым путям.

Врожденные интранатальные пневмонии часто ассоциируются с амнионитом и эндометритом, которые вызываются генитальными микоплазмами (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*), анаэробными бактериями, в том числе и стрептококками группы В и D, другими микробами – зелеными стрептококками, гемофильными и туберкулезными палочками, листериями.

Интранатальные пневмонии, реализованные при прохождении по родовым путям, вызываются стрептококками В, хламидиями, генитальными микоплазмами цитомегаловирусами, листериями, вирусами простого герпеса II типа, грибами рода *Candida*, реже зелеными стрептококками, эшерихиями, энтерококками, гемофильной палочкой и, вероятно, трихомонадами.

Факторы риска:

- наличие острых инфекционных процессов у матери во время беременности и, особенно, со стороны мочегенитальных путей;
- частые вагинальные исследования женщины в родах;
- длительный безводный период, особенно у ребенка с внутриутробной гипоксией;
- недоношенность и задержка внутриутробного развития плода;
- асфиксия с аспирационным синдромом.

Поступление: экстренное.

Показания для госпитализации:

Наличие клинических признаков сразу после рождения (при трансплацентарном инфицировании) или в первые 4 дня (при интранатальном инфицировании).

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией: не нужны.

Критерии диагностики:

наличие следующих клинических признаков:

1. учащенное дыхание ≥ 60 в минуту;
2. выраженное втяжение нижних отделов грудной клетки;
3. раздувание крыльев носа;
4. кряхтящее дыхание;
5. затрудненное вскармливание вследствие респираторного дистресса;
6. лихорадка ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) или гипотермия ($< 36,0^{\circ}\text{C}$);
7. бледность, цианоз или желтуха;
8. судороги;
9. заторможенность (летаргия);
10. аускультативные и перкуторные признаки пневмонии;
11. инфильтративные изменения на рентгенограмме.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов;
2. Общий анализ мочи;
3. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Вирусологические (мазок из соскоба конъюнктив, слизи носа и зева на обнаружение вирусов, хламидий при помощи иммунофлуоресцентных сывороток, определение титра антител к вирусам в динамике через 10-14 дней путем РТНГА, РСК и др.) и бактериологические исследования (посевы и бактериоскопия слизи из носа, зева, содержимого бронхов, крови до назначения антибиотиков).
2. Микроскопия окрашенных по Грамму мазков из содержимого трахеи и бронхов (наличие внутриклеточных микробов – аргумент в пользу инфекционного процесса).

Тактика лечения:

А. При пневмонии, вызванной бактериальной флорой антибактериальная терапия назначается с учетом чувствительности выделенного микроба.

Б. При пневмонии, вызванной хламидиями, препаратами выбора являются антибиотики класса макролидов (азитромицин*, эритромицин*, ровамицин*).

В. При пневмонии, вызванной цитомегаловирусом, препаратом выбора является специфический антицитомегаловирусный иммуноглобулин*.

Г. При пневмониях, вызванных вирусом простого герпеса, препаратом выбора являются - ацикловир.

1. Антибактериальная терапия.

Если по клинико-лабораторным данным причина пневмонии неясна, лечение начинают с препаратов эффективных при стрептококковой В и листериозной пневмонии:

- ампициллин* (50 мг/кг в/в, в/м каждые 6-8 часов или каждые 12 часов в течение первой недели жизни) и гентамицин* (5 мг/кг в/м каждые 12 часов или 3 мг/кг при массе тела менее 2 кг каждые 24 на первой неделе жизни);
- Если лечение не приносит ожидаемого результата в течение 48 часов или состояние ребенка ухудшается, необходимо переходить на цефалоспорины III поколения. Например, в/в цефотаксим* (50 мг/кг каждые 6-8 часов) и в/м ампициллин* (50 мг/кг каждые 6 часов).

После определения типа микроорганизма в культуре, лечение антибиотиками должно быть отрегулировано с учетом чувствительности к антибиотикам.

2. Адекватная оксигенотерапия младенцам с любым проявлением дыхательной недостаточности (центральный цианоз, кряхтящее дыхание при каждом вдохе, затрудненное

вскармливание вследствие респираторного дистресса, значительное втяжение нижних отделов грудной клетки).

3. Купирование судорог:

фенобарбитал в/м (разовая доза 20 мг/кг). Если судороги не купируются – продолжить лечение фенобарбиталом (5 мг/кг один раз в день).

4. Поддержание адекватной температуры воздуха в палате (как минимум 25° С).

Для профилактики гипотермии следить за тем, чтобы младенец находился в сухой одежде, шапочке и был хорошо укрыт. По мере улучшения состояния ребенка, приложите его к телу матери («уход матери-кенгуру»). Поддержание близкого контакта между телами матери и ребенка в течение 24 часов в сутки так же эффективно, как и использование инкубатора или внешнего обогревателя для профилактики гипотермии.

5. Купирование лихорадки.

Нельзя использовать такие жаропонижающие препараты, как парацетамол, для лечения лихорадки у младенцев. Следите за температурой окружающей среды. Если необходимо, разденьте ребенка.

6. Поощряйте мать к частому кормлению грудью. Если у ребенка тяжелый респираторный дистресс или он слишком слаб, давать сцеженное грудное молоко (20 мл/кг веса ребенка) с помощью назогастрального зонда, чашечки, ложечки 8-12 раз в сутки.

7. Профилактика гипогликемии.

Регулярный мониторинг гипогликемии. Если уровень глюкозы в крови ниже 2,2 ммоль/л (< 45 мг/дл), введите 10 мл/кг 10% раствора глюкозы* через назогастральный зонд и для профилактики повторного развития гипогликемии часто кормите младенца.

8. Мониторинг состояния младенца.

Медицинская сестра должна оценивать состояние младенца каждые 6 часов (и каждые 3 часа, если он очень слаб). Врач должен осматривать младенца один раз в день. Если организм ребенка плохо реагирует на проводимое антибактериальное лечение, смените антибиотик.

Перечень основных медикаментов:

1. *Ампициллин 250 мг табл.; 250 мг, 500 мг капсул.; 500- 1000 мг порошок для приготовления инъекционного раствора; 125/5 мл во флаконе суспензия;
2. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг табл.; 600 мг во флаконе раствор для инъекций;
3. *Гентамицин 40мг/мл, 80 мг/2мл амп.;
4. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
5. *Цефуроксим 250 мг, 500 мг, табл.; 750 мг во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
6. *Цефепим 1 000 мг порошок для приготовления инъекционного раствора;
8. Ацикловир 200мг, 800 мг табл.;
9. *Сульфаметоксазол+триметоприм 120 мг, ,480 мг, табл.; 480 мг/5 мл, амп.; 240мг/5мл пероральная суспензия;
10. *Клоксациллин 500 мг,табл.;
11. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
12. *Спирамицин 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД, гранулы для суспензии; 750 тыс ЕД, 1,5 млн ЕД, порошок для инфузий;
13. *Метронидазол 250 мг, табл.; 0,5 во флаконе 100 мл раствор для инфузий;
14. *Прокаионамид 0,25 г, табл.;
15. *Флуконазол 50 мг, 150 мг, капсул.; 100 мл раствор во флаконе для в/в введения;
16. *Сальбутамол 100 мкг/доза, аэрозоль; 2 мг, 4 мг табл.; раствор для небулайзера 20 мл;
17. *Ипратропия бромид 100 мл аэрозоль;
18. *Фенотерол 5 мг, табл.; 0,5 мг/10 мл раствор для инъекций;
19. *Дексаметазон 4мг/мл, раствор для инъекций; 500 мкг, табл.;

20. *Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл.; 1 мл 0,025% в ампуле раствор для инъекций.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Азитромицин 125 мг, 500 мг, таблетка; 250 мг капсула; 200 мг/100 мл раствор для инфузий во флаконе;
2. *Допамин 0,5%, 4% по 5 мл раствор для инъекции в ампуле;

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Guidelines for preventing health-care--associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.
2. Tice AD, Rehm SJ, Dalovisio JR, Bradley JS, Martinelli LP, Graham DR, Brooks Gainer R, Kunkel MJ, Yancey RW, Williams DN. Practice guidelines for outpatient parenteral antimicrobial therapy. Clin Infect Dis 2004 Jun 15;38(12):1651-72.
3. Клинико-организационное руководство по оказанию помощи новорожденным с респираторным дистресс-синдромом <http://www.healthquality.ru/flowcharts/pihrus.pdf>
4. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2003, 197с.

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

Генерализованная эпилепсия у детей, острый период

Код протокола: 01-009a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. уменьшение частоты приступов;
2. достижение ремиссии.

Длительность лечения: 14 дней

Коды МКБ: G40.3 Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы
G40.4 Другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов
G40.5 Особые эпилептические синдромы
G40.6 Припадки grand mal неуточненные (с малыми припадками (petit mal) или без них)
G40.7 Малые припадки (petit mal) неуточненные, без припадков grand mal
G40.8 Другие уточненные формы эпилепсии G40.9 Эпилепсия неуточненная

Определение: Генерализованная эпилепсия (ГЭ) – хроническое заболевание головного мозга, характеризующиеся повторными приступами с нарушением двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных или психических функций, возникающими вследствие чрезмерных нейронных разрядов в обоих полушариях головного мозга.

ГЭ – является единым заболеванием, представляющим отдельные формы с электроклиническими особенностями, подходом к лечению и прогнозом.

Классификация: согласно Международной классификации 1989 г. (Международная лига борьбы с эпилепсией) в основу генерализованной эпилепсии положена генерализованность эпилептической активности.

Внутри ГЭ выделяют формы : идиопатические, симптоматические и криптогенные.

1. Генерализованные виды эпилепсии и синдромы:

1.1. идиопатические (с возрастзависимым дебютом), МКБ-10 G40.3:

- доброкачественные семейные неонатальные судороги;
- доброкачественная идиопатические неонатальные судороги;
- доброкачественная миоклоническая эпилепсия раннего детского возраста;
- детская абсансная эпилепсия (МКБ-10 G40.3.);
- ювенильная абсансная эпилепсия;
- ювенильная миоклоническая эпилепсия;
- эпилепсия с приступами пробуждения;
- другие виды идиопатической генерализованной эпилепсии (МКБ-10 G40.4.);
- эпилепсия с приступами, провоцируемыми специфическими факторами;

1.2. Криптогенные и (или) симптоматические (с возрастзависимым дебютом), МКБ-10 G40.5:

- синдром Веста (инфантильные спазмы);
- синдром Леннокса-Гасто;
- эпилепсия с миоклонически-астатическими приступами;
- эпилепсия с миоклоническими абсансами;

1.3 Симптоматические:

1.3.1 неспецифической этиологии:

- ранняя миоклоническая энцефалопатия;
- ранняя инфантильная эпилептическая энцефалопатия с комплексами « вспышка-угнетение» на ЭЭГ;
- другие виды симптоиатической генерализованной эпилепсии;

1.3.2 Специфические синдромы.

Факторы риска:

1. перинатальная патология (гипоксически-ишемическая, травматическая энцефалопатия, внутриутробные инфекции, дизметаболические факторы);
2. генетическая настроенность;
3. врожденные пороки центральной нервной системы;
4. инфекции ЦНС;
5. патология сосудов головного мозга;
6. опухоли головного мозга;
7. травмы головного мозга;

Поступление: экстренное, плановое

Показания для госпитализации:

1. учащение приступов;
2. резистентность к лечению;
3. статусное течение;
4. уточнение диагноза и формы эпилепсии;

Критерии диагностики:

1. наличие судорог;
2. характер приступов;
3. семейная предрасположенность;
4. возраст дебюта;
5. данные ЭЭГ;
6. длительность приступа;
7. течение и прогноз.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Эхоэнцефалография;
2. Общий анализ крови;
3. Общий анализ мочи.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Компьютерная томография головного мозга;
2. Ядерномагнитнорезонансная томография головного мозга;
3. Консультация детского офтальмолога ;
4. Консультация инфекциониста;
5. Консультация нейрохирурга;
6. Анализ ликвора;
7. Биохимический анализ крови.

Тактика лечения:

Первый врач, заставший эпилептический припадок, должен подробно его описать, включая признаки, которые предшествовали припадку и возникали после его окончания. Больных необходимо направлять на полное неврологическое обследование для подтверждения диагноза и выяснения этиологии.

Лечение эпилепсии начинают только после установления точного диагноза. По мнению большинства специалистов, лечение эпилепсии следует начинать после повторного приступа. Лечение эпилепсии должно осуществляться в зависимости от формы эпилепсии, а затем от характера приступов – с базового препарата для данной формы эпилепсии. Стартовая доза составляет примерно $\frac{1}{4}$ от средней терапевтической. При хорошей переносимости препарата дозировка увеличивается примерно до $\frac{3}{4}$ от средней терапевтической в течение 2-3 недель. При отсутствии или недостаточном эффекте доза повышается до средней терапевтической. При отсутствии эффекта от терапевтической дозы в течение 1 мес. необходимо дальнейшее постепенное увеличение дозы до получения выраженного положительного эффекта или

появления побочных эффектов. При отсутствии терапевтического эффекта и появлении признаков интоксикации, препарат постепенно заменяется на другой. При получении выраженного терапевтического эффекта и наличии побочных эффектов необходимо оценить характер и степень выраженности последних и решить вопрос о продолжении лечения или замене препарата. Замена барбитуратов и бензодиезепинов должна производиться постепенно в течении 2-х – 4-х недель и более ввиду наличия выраженного синдрома отмены. Замене других АЭП может быть осуществлена более быстро – за 1-2 недели. Оценка эффективности препарата может быть произведена лишь не ранее 1 мес. с момента начала его приема.

Таблица - Противосудорожные препараты применяемые при генерализованных приступах судорог и ГЭ.

Эпилептические приступы	Противоэпилептические препараты			
	1-го выбора	2-го выбора	3-го выбора	
Тонико-клонические	Вальпроаты	Дифенин* Фенобарбитал Ламотриджин*		
тонические	Вальпроаты	Дифенин* Ламотриджин*		
клонические	Вальпроаты	Фенобарбитал		
миоклонические	Вальпроаты	Ламотриджин* Суксимиды Фенобарбитал*	Клоназепам	
атонические	Вальпроаты	Клобазам*		
Абсансы Типичные Атипичные Миоклонические	Вальпроаты Суксимиды Вальпроаты Ламотриджин* Вальпроаты	Клоназепам* Клобазам* Клоназепам* Клобазам* Клоназепам*	Кетогенная диета	
Отдельные формы эпилептических синдромов и эпилепсий				
Неонатальная миоклоническая энцефалопатия	Вальпроаты Карбамазепины	Фенобарбитал* Кортикотропин*		
Инфантильная эпилептическая энцефалопатия	Вальпроаты Фенобарбитал*	Кортикотропин*		
Осложненные фебрильные судороги	Фенобарбитал*	Вальпроаты		
Синдром Веста	Вальпроаты	Кортикотропин* Нитразепам*	Большие дозы пиридоксина Ламотриджин	

Синдром Леннокса-Гасто	Вальпроаты	Ламотриджин* Иммуноглобулины	Кетогенная диета
Синдром Леннокса-Гасто с тоническими приступами	Вальпроаты Топирамат* Ламотриджин* Фелбамат	Карбамазепины Сукцинимиды Бензодиазепины Гидантоиды	Кортикостероидные гормоны Иммуноглобулины Тиреотропин - релизинг гормон
Миоклоническая аstaticческая эпилепсия	Вальпроаты	Клобазам* Кортикотропин*	Кетогенная диета
Абсансная детская	Суксими́ды	Вальпроаты	Клоназепам
Абсансная детская сочетающаяся с генерализованными тонико-клоническими приступами	Вальпроаты	Дифенин* Ламотриджин*	Ацетазоламид(диакарб)
Абсансная подростковая	Вальпроаты	Вальпроаты в сочетании с суксимидами	
Миоклоническая ювенильная доброкачественная	Вальпроаты	Ламотриджин*	Дифенин
Эпилепсия пробуждения с генерализованными тонико-клоническими приступами	Вальпроаты Фенобарбитал*	Ламотриджин*	

Средние суточные дозы АЭП (мг/кг/сут):

Фенобарбитал 3-5; гексамидин 20; дифенин* 5-8; суксими́ды (этосуксимид 15-30); клоназепам* 0,1; вальпроаты 30-80; ламотриджин* 2-5; клобазам 0,05-0,3-1,0; карбамазепины 5-15-30; ацетозоламид* 5-10-20.

Перечень основных медикаментов:

1. *Вальпроевая кислота 150 мг, 300 мг, 500 мг табл.;
2. Клобазам 500 мг, 1000 мг табл.;
3. Гексамидин 200 табл.;
4. Этосуксимид 150-300 мг табл.;
5. *Клоназепам 25 мг, 100 мг табл.;
6. Карбамазепины 50-150-300 мг табл.;
7. *Ацетозоламид 50-100-200 мг табл.;

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Дифенин 80 мг табл.;
2. *Фенобарбитал 50 мг, 100 мг табл.;
3. *Ламотриджин 25 мг, 50 мг табл.;

Критерии перевода на следующий этап лечения - амбулаторный:

1. урежение приступов;
2. контроль за судорогами.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Hopkins A., Appleton R. Epilepsy: Oxford University Press. 1996.
2. Международная классификация болезней 10 пересмотра;
3. Международная лига борьбы с эпилепсией (ILAE). Epilepsia 1989 vol. 30-P.389-399.
4. К.Ю.Мухин, А.С.Петрухин «Идиопатические эпилепсии: диагностика, тактика, лечение». М., 2000 г.
5. Диагностика и лечение эпилепсий у детей. Под редакцией П.А.Темина, М.Ю.Никаноровой, 1997 г.
6. Современные представления о детской эпилептической энцефалопатии с диффузными медленными пик-волнами (синдром Леннокса-Гасто). К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин, Н.Б. Калашникова. Учебно-метод. Пособие. РГМУ, Москва, 2002 г.
7. Progress in Epileptic Disorders «Cognitive Dysfunction in Children with Temporal Lobe Epilepsy». France, 2005.
8. Aicardi J. Epilepsy in children. -Lippincott- Raven, 1996.-P.44-66.
9. Marson AG, Williamson PR, Hutton JL, Clough HE, Chadwick DW, on behalf of the epilepsy monotherapy trialists. Carbamazepine versus valproate monotherapy for epilepsy. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000;
10. Tudur Smith C, Marson AG, Williamson PR. Phenotoin versus valproate monotherapy for partial onset seizures and generalized onset tonic-clonic seizures. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001;
11. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 2. Москва, Медиа Сфера, 2003. с 833-836.
12. First Seizure Trial Group (FIRST Group). Randomized clinical trial on the efficacy of antiepileptic drugs in reducing the risk of relapse after a first unprovoked tonic clonic seizure. Neurology 1993;43: 478-483;
13. Medical Research Council Antiepileptic Drug Withdrawal Study Group. Randomised study of antiepileptic drug withdrawal in patients in remission. Lancet 1991; 337: 1175-1180.
14. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, 2-е издание. ГЭОТАР-МЕД, 2002, С. 933-935.
15. Never rugs for epilepsy in children. National Institute for Clinical Excellence. Technology Appraisal 79. April 2004. <http://www.clinicalevidence.com>.
16. Brodie MJ. Lamotrigine monotherapy: an overview. In: Loiseau P (ed). Lamictal – a brighter future. Royal Society of Medicine Press Ltd, London, 1996, pp 43-50.
17. O'Brien G et al. Lamotrigine in add-on therapy in treatment-resistant epilepsy in mentally-handicapped patients: an interim analysis. Epilepsia 1996, in press.
18. Karseski S., Morrell M., Carpenter D. The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Epilepsy. Epilepsia Epilepsy Behav. 2001; 2:A1-A50.
19. Hosking G et al. Lamotrigine in children with severe developmental abnormalities in a pediatric population with refractory seizures. Epilepsia 1993; 34 (Suppl): 42
20. Mattson RH. Efficacy and adverse effects of established and new antiepileptic drugs. Epilepsia 1995; 36 (suppl 2): 513-526.
21. Калинин В.В., Железнова Е.В., Рогачева Т.А., Соколова Л.В., Полянский Д.А., Земляная А.А., Назметдинова Д.М. Применение препарата Магне В6 для лечения тревожно-депрессивных состояний у больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии 2004; 8: 51-55
22. Barry J., Lembke A., Huynh N. Affective disorders in epilepsy. In: Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment. A. Ettinger, A. Kanner (Eds.). Philadelphia 2001; 45-71.
23. Blumer D., Montouris G., Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. J. Neuropsychiat Clin Neurosci 1995; 7:445-446.
24. Edeh J., Toone B., Corney R. Epilepsy, psychiatric morbidity, and social dysfunction in general

- practice. Comparison between hospital clinic patients and clinic non-attenders. *Neuropsychiat Neuropsychol Behav Neurol* 1990; 3: 180-192.
25. Robertson M., Trimble M., Depressive illness in patients with epilepsy: a review. *Epilepsia* 1983; 24: Supple 2:109-116.
26. Schmitz B., Depressive disorders in epilepsy. In: *Seizure, affective disorders and anticonvulsant drugs*. M. Trimble, B. Schmitz (Eds.). UK 2002; 19-34.

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

Гидроцефалия у детей

Код протокола: 01-015a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

Длительность лечения: 13 дней

Коды МКБ:

- G91.0 Сообщающаяся гидроцефалия
- Q 0.03 Врожденная, приобретенная
- P 37.1 Вызванная врожденным токсоплазмозом
- G91.1 Обструктивная гидроцефалия
- G91.2 Гидроцефалия нормального давления
- G91.3 Посттравматическая гидроцефалия неуточненная
- G 91.8 Другие виды гидроцефалии
- G 91.9 Гидроцефалия неуточненная

Определение: Гидроцефалия (водянка головного мозга) – заболевание, характеризующее избыточным накоплением цереброспинальной жидкости в желудочках и подболочечных пространствах головного мозга, сопровождающихся их расширением, вследствие нарушения циркуляции и абсорбции ликвора. Гидроцефалия является вторичным заболеванием и развивается на фоне текущего патологического процесса либо представляет собой его остаточные явления.

Классификация:

По времени возникновения:

1. врожденная;
2. приобретенная.

По клиническому течению:

1. прогрессирующая;
2. компенсированная.

Окклюзионная (закрытая) :

1. окклюзия у отверстия Монро;
2. у Сильвиева водопровода;
3. у отверстий Мажанди и Люшка.

Сообщающаяся (открытая):

1. резорбтивная;
2. гиперсекреторная.

При расширении желудочковой системы субарахноидальных пространств:

1. внутренняя;
2. наружная.

Факторы риска:

1. неблагоприятные факторы во внутриутробном периоде и при рождении;
2. постнатальные факторы (воспалительный процесс);
3. внутриутробные инфекции;
4. стеноз Сильвиевого водопровода;
5. наследственный фактор;
6. черепно-мозговая травма;
7. опухоли мозга;
8. некроз мозга;
9. инфекции головного мозга.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. уточнение причины и типа гидроцефалии;
2. отсутствие эффекта от амбулаторного лечения (декомпенсация).
3. прогрессирующий рост размеров головы;
4. наличие неврологической симптоматики;
5. уточнение этиологии и типа гидроцефалии;
6. определение типа терапии (консервативный, хирургический).

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. УЗИ головного мозга;
4. Компьютерная томография головного мозга;
5. Ядерномагнитнорезонансная томография головного мозга;
6. Осмотр глазного дна;
7. Консультация нейрохирурга.

Критерии диагностики:

1. патологическое увеличение размера головы;
2. напряженный, выбухающий родничок у новорожденных;
3. расхождение черепных швов (симптом Маковена);
4. выраженная венозная сеть на голове;
5. истончение кожных вен;
6. расширение теменных костей (симптом Тоблера);
7. пронзительных «мозговой» крик;
8. повышение внутричерепного давления;
9. очаговые симптомы;
10. головная боль приступообразного характера, рвота на высоте головной боли;
11. застойные соски зрительных нервов + патология зрения;
12. общее возбуждение с тремором кистей;
13. симптом «псевдо-Грефе»;
14. феномен «заходящего солнца»;
15. нарушение двигательных и рефлекторных сфер (задержка психомоторного развития);

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Консультация невропатолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ головного мозга;
2. Компьютерная томография головного мозга;
3. Ядерномагнитнорезонансная томография головного мозга;
4. Осмотр глазного дна;
5. Консультация нейрохирурга.

Тактика лечения:

Выбор метода лечения зависит от наличия активности первичного патологического процесса, приведшего к развитию гидроцефалии.

1. При наличии воспаления показана антибиотикотерапия: амоксоциллин+клавулоновая кислота суспензия 156,0/5,0, табл. 375 мг.
2. При наличии специфического воспаления (токсоплазмоз) - хлоридин, сульфадимизин (табл по 0,5 x 3 раза) 3 курса по 5 дней с перерывом 1 неделя.

Консервативное лечение: при остром прогрессировании – маннитол в/в кап 15% ил 2-5

раствор из расчета 1,5 г сухого вещества на 1 кг массы тела. Фуросемид детям грудного возраста назначают в/м или в/в (0,7 мг/кг массы тела). Действие его усиливается при одновременном введении в/м или в/в 15% или 25% раствора магния сульфата (0,2 г/кг массы тела). Лечение при хроническом течении водянки (как правило, сообщающаяся форма) направлено на угнетение секреции цереброспинальной жидкости.

3. Препараты, улучшающие мозговое кровообращение – энцефабол 100мг в табл.

4. Дегидратация - ацетазоламид, дозы подбираются индивидуально, в среднем 1-2 таб/сут x 2-3 раза в сутки по схеме 3 дня +, 2 дня -, с препаратами калия. Вообще детям до 1 года жизни из расчета 70-80 мг/кг массы тела в сутки, детям 2-го года жизни дозу снижают до 50 мг/кг.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин+клавулоновая кислота таблетка 625 мг; раствор для инъекций 600 мг во флаконе;
2. *Маннитол раствор 10%, 20% 100 мл, 500 мл во флаконе;
3. *Фуросемид 40 мг табл.; 20 мг/2 мл амп.;
4. *Ацетазоламид 250 мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Хлоридин 50 мг табл.;
2. Сульфадимизин 50 мг табл.;
3. *Магния сульфата 25% 20 мл амп.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. Суб- и компенсация гидроцефалии.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. «Справочник по неврологии детского возраста». Лебедев Б.В. с соавт. М., 1995 г.;
2. Шамансуров Ш.Ш., Трошин В.М. «Детская неврология». Ташкент, 1995 г.;
3. Лепесова М.М. «Врожденные пороки нервной системы». Алматы, 2001 г.;
4. *The Maternal and Child Health Forum. Childhood Disease. Hydrocephaly.* 2005. www.clinicalevidence.com
5. Ю.В. Кушель. «Частные вопросы детской нейрохирургии». НИИ нейрохирургии. 2004 г. kuszel@nsi.ru
6. Management of Spina Bifida, Hydrocephalus and Shunts Last Updated. 2004. www.g-i-n.net
7. A Resource Guide for Children and Adults With Developmental Disabilities Living in King County. About Hydrocephalus. 2002. <http://www.patientcenters.com/hydrocephalus>
8. Артефьева И.А., Демчук М.Л., Артарян А.А. и др. «Исследование процессов свободнорадикального окисления липидов в ликворе детей с гидроцефалией». 1999. <http://www.rbc.ru>
9. «Повторные ликворошунтирующие операции». Хачатрян В.А. с соавт. Алматы, С.-П., 1999 г.;
10. Burton B.K. Recurrence risks for congenital hydrocephalus. 1979.;
11. Козлова С.И. с соавт. «Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование». М., 1996 г.

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

Другие болезни мочевыделительной системы

Код протокола: 11-121a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа: уменьшение частоты эпизодов непроизвольного мочеиспускания, устранение болезненности во время мочеиспускания, нормализация анализов мочи, нормализация мочеиспускания, урежение частоты непроизвольного мочеиспускания.

Длительность лечения (дней): 11

Код МКБ: N39 Другие болезни мочевыделительной системы.

N39.3 Непроизвольное мочеиспускание

Определение: **Непроизвольное мочеиспускание** – это расстройство мочеиспускания различного генеза, отмечающееся в разное время суток (ночное, дневное, сочетанное).

Классификация:

- 1) первичное;
- 2) вторичное:
 - при инфекции мочевых путей;
 - при пороках развития мочевых путей;
 - при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и сфинктера мочеиспускательного канала;
 - при патологии нервной системы;
 - при нарушениях психики.

Факторы риска:

1. Органические заболевания головного и спинного мозга (опухоли, травмы, инфекции, сосудистые изменения и др.);
2. острые и хронические психические заболевания (психозы, умственная отсталость, шизофрения);
3. дезонтогенетические явления в мочевыделительной и регуляторных системах головного и спинного мозга (диспластические, дизрегуляторные);
4. инфекция мочевыводящих путей;
5. аномалии развития мочевых путей (ПМР, дивертикул мочевого пузыря, врожденный стеноз мочеиспускательного канала и т. д.).

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. уточнение основного заболевания;
2. выбор тактики лечения.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи.

Критерии диагностики:

1. непроизвольное опорожнение мочевого пузыря в любое время суток.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мочи;
2. Проба Зимницкого;
3. Расчет СКФ по Шварцу;
4. Бак. посев мочи;
5. УЗИ (определение объема остаточной мочи и толщины стенки мочевого пузыря, исследование верхних мочевых путей);
6. Ритм спонтанных мочеиспусканий.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Урофлоуметрия;
2. Микционная цистоуретрография;

3. Исследование уродинамики, при необходимости с рентгенокинематографией мочевых путей;
4. Экскреторная урография;
5. Инвазивные исследования – уретроцистоскопия, бужирование мочеиспускательного канала
6. Расширенное психиатрическое и неврологическое обследование (в том числе магнитно-резонансная томография спинного мозга);
7. Сцинтиграфия почек;
8. Проба Реберга.

Тактика лечения:

1. Общие мероприятия: охранительный режим с устранением психотравмирующих ситуаций, дополнительным сном (1 – 2 ч), отказом от бурных игр перед сном, вызывающих ночной энурез, прогулками на свежем воздухе.
2. Диетотерапия: помимо ограничения потребления жидкости (и продуктов с высоким ее содержанием) практикуется диета, способствующая повышению осмотического давления крови и задержке воды в тканях.
3. При первичном ночном энурезе без органических поражений – «будильник»
4. При инфекции мочевых путей – антибактериальное лечение
5. Десмопрессин* – синтетический аналог антидиуретического гормона вазопрессина - начинать лечение рекомендуется с дозы 0,2 мг однократно (в вечернее время), при необходимости (через 5–6 дней) дозировку увеличить до 0,3 мг однократно, далее – до 0,4 мг (максимальная доза) однократно.
6. Антидепрессанты пролонгированного действия: амитриптилин* 12,5- 25мг;
7. Антихолинергетики: адиурекрин* детям 3-6 лет 0,01 -0,02 мг, 7-12 лет 0,02-0,03 мг; и от 13 и старше - 0,03-0,04мг перед сном; атропин* – по 0,05 – 0,5 мг 1 или 2 раза в день
8. Стимуляторы: сиднокарб* 2,5–5 мг в сутки (в 2 приема).
9. Препараты тимолептического действия: амитриптилин* 12,5–25 мг 1–3 раза в день;
10. Аминокислоты: глутаминовая кислота* – по 0,25 – 1 г 2 раза в день; глицин* – 0,05 – 0,1 г 3 раза в день.
11. Ноотропы: пирацетам *– до 5 лет – по 0,2 г 3 раза в день, старше 5 лет – по 0,4 г 3 раза в день или 20% раствор по 8 мл 2 раза в день.
12. Седативные препараты: диазепам* – по 0,0025 – 0,005 г 2 раза в день;
13. Физиотерапия: при гиперрефлексии рекомендованы местные процедуры (синусоидальные модулированные токи – СМТ, озокерит, парафин, электрофорез с атропином при положительной пробе, электростимуляция промежности или анального сфинктера и др.). Гипорефлекторный мочевой пузырь лечится СМТ (в другом режиме), электрофорезом с витаминами, прозерин, кальцием или бромом. В комплекс физических методов лечения входит также бальнеотерапия (солено-хвойные или травяные ванны) и ЛФК.
14. Психотерапия с использованием гипносуггестивного и бихевиорального воздействия. Предусматривает использование внушения и самовнушения (с произнесением так называемых формул самостоятельного пробуждения при начале мочеиспускания или позыве к нему).

Перечень основных медикаментов:

1. *Десмопрессин 0,1 мг, 0,2 мг, табл.; 0,2 мг/1 мл амп.;
2. *Амитриптилин 250 мг, табл.;
3. *Атропин 0,1%, 0,5%, 1% по 1 мл раствор (глазные капли);
4. Мезокарб 5 мг, табл.;
5. *Пирацетам 200 мг, табл.; 20% 5 мл, амп.;
6. *Диазепам 5 мг, 10 мг, табл.; 10 мг/2 мл, амп.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Адиурекрин 0,01 -0,02 мг, табл.;

2. Амитриптилин 25мг, табл.; 2мг/20 мл амп.;
3. *Глутаминовая кислота 500 мг/1000 мл во флаконах.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Диагностика и лечение урологических заболеваний у детей. *Рекомендации Европейской урологической ассоциации, 2001.* <http://pdateam.ru/>
2. F.A.M. van Balen; P.J.A.M. Baselier; E. van Pienbroek; R.A.G. Winkens. Инфекция мочевых путей. Стандарт Голландского сообщества семейных врачей. 2004. <http://www.drsex.ru>
3. ИМС НЕВРОНЕТ. Дифференциально-диагностические признаки заболеваний, при которых развивается синдром дизурических расстройств. 2000. <http://www.osdm.org/>
4. В.М. Трошин, Т.М. Радаева, С.А. Куркина. Расстройства мочеиспускания у детей. Методическое пособие для врачей. 1998. <http://www.osdm.org/>
5. V.I. Kirilov, N.G. Kireyeva. NEUROGENIC BLADDER DYSFUNCTIONS IN CHILDREN. РМЖ, Т. 6 № 9, 1998. <http://www.rmj.ru/main.htm>
6. В.М.Студеникин. Лечение первичного ночного энуреза у детей. Cjnsilium Meicus. <http://www.consilium-medicum.com>

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

Другие нарушения эндокринной системы (низкорослость)

Код протокола: 10-106ч

Профиль: педиатрический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. уточнение генеза низкорослости;
2. исследование эндогенной выработки СТГ;
3. определение лечебной тактики.

Длительность лечения: 21 день

Коды МКБ:

E34 Другие эндокринные нарушения

E34.3 Низкорослость (карликовость), не классифицированная в других рубриках

Определение: **Низкорослость** – значительное отставание в росте (у детей более 2 SDS – сигмальных отклонения, у взрослых – рост менее 145 см. у женщин, менее 155 см. у мужчин).

Низкорослость – полиэтиологический синдром. Нередко является проявлением морфологической и функциональной недостаточности гипоталамуса и/или передней доли гипофиза врожденного или приобретенного характера со снижением секреции соматотропного гормона (СТГ). Наиболее распространенными клиническими вариантами данного состояния являются церебрально-гипофизарный нанизм (ЦГН) и изолированный дефицит СТГ.

Другими эндокринными причинами низкорослости могут быть: дефицит тиреоидных гормонов (гипотиреоз), дефицит инсулина (некомпенсированный сахарный диабет), дефицит половых гормонов (гипогонадизм), избыток половых гормонов (преждевременное половое развитие), избыток глюкокортикоидов (болезнь и синдром Иценко-Кушинга).

К нарушению роста могут приводить также тяжелые соматические заболевания (соматогенный нанизм), патология костной системы, генетические и хромосомные заболевания (синдром Шерешевского-Тернера).

В ряде случаев низкорослость – проявление конституциональных особенностей (синдром позднего пубертата, семейная низкорослость). Патология характерна для мальчиков.

Классификация:

Классификация низкорослости, обусловленной дефицитом СТГ:

I. задержка роста, вызванная недостаточностью СТГ;

1. врожденная недостаточность.

A.1 Недостаточность секреции гормона роста:

1.1 Идиопатическая, или спорадическая форма:

а – гипофизарная:

1) изолированная недостаточность СТГ;

2) недостаточность СТГ в сочетании с недостаточностью других тропных гормонов гипофиза;

3) синдром разрыва ножки гипофиза;

б – гипоталамическая изолированная недостаточность соматолиберина;

в – психосоциальный нанизм, или эмоциональный депривационный синдром.

1.2 Наследственная, или семейная форма:

а) тип 1А – делеция гена СТГ, аутосомно-рецессивная форма;

б) тип 1Б – аутосомно-рецессивная форма, сплайсинговая мутация в) тип 2 – аутосомно-доминантная форма, сплайсинговая мутация;

г) тип 3-х – сцепленная, чаще доминантная форма;

д) пангипопитуитарная форма, обусловленная мутацией гена Pit-1;

2. Семейный синдром высокого содержания СТГ-связывающего белка.
3. Дефект рецепторов к гормону роста – синдром Ларона.
4. Недостаточность ИФР 1.
- 4.1. Почти абсолютное отсутствие ИФР 1 при нормальном уровне ИФР 2.
- 4.2. Карликовость африканских пигмеев.
- 4.3. Отсутствие рецепторов к ИФР 1.
- 4.4. Пострецепторный дефект действия ИФР 1.

Б.1. Врожденные дефекты.

1.1. Дефекты развития:

- а) анэнцефалия, отсутствие передней доли гипофиза;
- б) эктопия передней доли гипофиза;
- в) голопрозэнцефалия;
- г) гипоплазия зрительных нервов;
- д) заячья губа или волчья пасть.

II. Приобретенная недостаточность:

1. опухоли: краниофарингиома, герминома, гамартрома, глиома, саркома аденогипофиза (фибросаркома, остеосаркома);
2. травмы: роды в ягодичном или лицевом предлежании, внутричерепное кровоизлияние или тромбоз, асфиксия, черепно-мозговая травма, состояние после хирургического вмешательства на гипофизе или основании черепа;
3. сосудистая патология: аневризмы внутренней сонной артерии и сосудов гипофиза, ангиомы, инфаркт гипофиза;
4. инфильтративные заболевания: гистиоцитоз, туберкулез, сифилис, аутоиммунный гипофизит, саркоидоз;
5. радио- или химиотерапия по поводу лейкемии, ретинобластомы, других опухолей головы и шеи;
6. супраселлярные арахноидальные кисты, синдром “пустого” турецкого седла.

Классификация низкорослости – другие эндокриннозависимые формы:

1. дефицит тиреоидных гормонов (гипотиреоз);
2. дефицит инсулина (некомпенсированный сахарный диабет);
3. дефицит половых гормонов (гипогонадизм);
4. избыток половых гормонов (преждевременное половое развитие);
5. избыток глюкокортикоидов (болезнь и синдром Иценко-Кушинга).

Классификация низкорослости – эндокриннонезависимые формы:

1. соматогенный нанизм – врожденные и приобретенные заболевания, сопровождающиеся:
 - а) хронической гипоксией;
 - б) нарушением процессов всасывания;
 - в) нарушением функции почек;
 - г) нарушением функции печени;
2. патология костной системы;
3. примордиальный нанизм;
4. хромосомные болезни (синдром Шерешевского-Тернера);
5. конституциональные особенности физического развития;
6. семейная низкорослость;
7. синдром позднего пубертата.

Факторы риска:

1. генетические (наследственные, семейные);
2. эндокринные (нарушение функции желез внутренней секреции, недостаточность или отсутствие рецепторов к ИФР 1 или дефект их на пострецепторном уровне);

3. соматические (наличие или отсутствие хронических заболеваний и состояний, сопровождающихся выраженной гипоксией, нарушением всасывания, фосфорно-кальциевого обмена);
4. факторы внешней среды (условия питания и ухода за ребёнком);
5. заболевания ЦНС (врожденные или приобретенные).

Поступление: плановое

Показания к госпитализации:

Для детей:

1. Отставание в росте на 2 сигмальных отклонения и более;
2. Темпы роста детей, не превышающие 4 см в год;
3. Выраженное отставание костного возраста от хронологического (КВ/ХВ менее 0,9).

Для взрослых: конечный рост менее 145 см у женщин и у мужчин менее 155 см.

Необходимое обследование перед плановой госпитализацией:

1. Консультация эндокринолога;
2. Общий анализ крови;
3. Общий анализ мочи.
4. Рентгенография кисти с захватом дистального отдела костей предплечья;
5. Для взрослых: ЭКГ, микрореакция.

Критерии диагностики:

1. Для недостаточности СТГ:

Клинические: отставание в росте на 30-50% от нормального для данного возраста, пропорциональность телосложения, избыток массы тела, мышечная слабость, склонность к гипогликемическим состояниям, бледность, сухость кожи, интеллектуальная недостаточность. Часто симптомы недостаточности тиреоидных гормонов, вторичного гипогонадизма, изредка – проявления надпочечниковой недостаточности или несахарного диабета.

Инструментальные: отставание костного возраста на 4 и более лет от хронологического. Часто наличие признаков поражения ЦНС (по данным КТ, МРТ, ЭхоЭГ, ЭЭГ).

Лабораторные: при изолированном дефиците СТГ – только снижение эндогенной секреции СТГ по данным пробы с клофелином: уровень СТГ в крови ни в одной из проб не превышает 10 нг/мл или 20 МЕ/мл. При пангипопитуитаризме – снижение секреции других тропных гормонов. Для диагностики синдрома Ларона необходимо определение ИФР в крови.

Для выявления наследственных форм необходимо глубокое генетическое обследование.

2. Диагноз других эндокриннообусловленных форм низкорослости устанавливается на основании ведущих синдромов, определяющих клиническую картину основного заболевания, а также результатов исследования гормонального профиля, методов визуализации эндокринных желез, значительного отставания темпов окостенения (более 2 лет).

3. Основанием для установления диагноза соматогенной низкорослости является наличие у больного тяжелого соматического заболевания, сопровождающегося гипоксией, синдромом нарушенного всасывания, нарушением фосфорно-кальциевого обмена. Характерным признаком соматогенного нанизма является соответствие костного возраста паспортному.

4. Низкорослость при патологии костной системы и синдроме Шерешевского-Тернера наблюдается на фоне характерных клинических признаков основной патологии: соответственно деформация и укорочение трубчатых костей, стигмы дизэмбриогенеза.

5. Диагностика позднего пубертата осуществляется на основании сведений о снижении темпов роста ребенка в пубертатном возрасте, о аналогичной ситуации у отца ребенка в детстве, значительного дефицита костного возраста, отсутствия признаков полового развития при нормальной консистенции несколько уменьшенных яичек (на 10-11 лет). Необходимости в проведении пробы с клофелином нет.

«Семейная низкорослость – низкорослость детей малорослых родителей». Диагностируется у детей из семей, где один из родителей или оба родителя имеют низкий рост. Может быть значительное отставание костного возраста, свидетельствующая о возможном дефиците СТГ (см. недостаточность СТГ).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Исследование содержания СТГ в крови в ходе стимуляционной пробы с клофелином – 5 проб через каждые 30 мин;
2. Определение уровня ТТГ и свободных фракций Т3 и Т4 – для установления гипотиреоза;
3. Определение уровня кортизола в крови – для установления дефицита АКТГ;
4. Определение уровня ЛГ, ФСГ, тестостерона и эстрадиола – для установления гипогонадизма;
5. УЗИ матки и тестикул – для установления гипогонадизма;
6. Эхоэнцефалография;
7. Электроэнцефалография;
8. Консультация невропатолога;
9. Определение гликемии натощак и через 2 часа после еды – исключение гипогликемии при дефиците СТГ;
10. Анализ мочи по Зимницкому – выявление несахарного диабета.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. МРТ головного мозга;
2. Определение кариотипа у девочек;
3. Проба с препаратами лютеинизирующего гормона (профази или хорионическим гонадолиберином);
4. ЭКГ;
5. Определение уровня общего холестерина, триглицеридов, ЛПВП в крови;
6. Определение общего белка в крови.

Тактика лечения:

1. Патогенетической при недостаточности СТГ является терапия гормоном роста человека, которая проводится пожизненно. Препарат гормона роста человека (соматотропина) – рекомбинантный (генноинженерный) обычно назначается в дозах: недостаточность гормона роста у детей – 25-35 мкг/кг/сут или 0,7-1,0 мг/м²/сут, синдром Шерешевского-Тернера – 50 мкг/кг/сут или 1,4 мг/ м²/сут, недостаточность гормона роста у взрослых – 5-15 мкг/кг/сут. Инъекции СТГ необходимо производить ежедневно вечером, перед сном.
2. В случае недостаточности АКТГ требуется заместительная терапия глюкокортикоидами в дозе около 6-10 мг/м² у детей и 5-10 мг/сут у взрослых. При этом следует помнить, что глюкокортикоиды снижают ростусиливающую активность гормона роста.
3. У мальчиков и мужчин при недостаточности секреции гонадотропинов назначают синтетические аналоги лютеинизирующего гормона в возрастных дозах, непрерывно под контролем костного возраста (у мальчиков 1 раз в 6 месяцев) и динамики появления и развития вторичных половых признаков.

При неэффективности терапии гонадотропными препаратами мужчин переводят на постоянную заместительную терапию препаратами мужских половых гормонов (используются только инъекционные препараты длительного действия). У мальчиков данную терапию начинают только по достижении прогнозируемого роста (не ранее 15-17 лет).

Женщинам с гонадотропной недостаточностью, а также девочкам после достижения ими прогнозируемого роста (ориентировочно не ранее 15-17 лет) назначается вначале монотерапия эстрогенами до появления кровянистых выделений из влагалища, а затем – переводят на циклическую гормонотерапию (в течение 20 дней каждого месяца

применяют эстрогенные препараты, а во второй фазе цикла – гестагенные препараты).

Эта терапия проводится длительно в течение многих лет, а у женщин – вплоть до наступления климакса.

4. В случае потребности больного в тиреодных препаратах необходимо помнить, что назначать их можно только на фоне уже проводящейся терапии глюкокортикоидными препаратами. Заместительная доза препаратов левотироксина у взрослых 1-2 мкг/кг у детей зависит от возраста (1-10 мкг/кг/сут) – под контролем пульса, общего состояния и ЭКГ.

5. При несахарном диабете назначаются синтетические аналоги АДГ.

6. Проводится патогенетическая терапия фоновых и сопутствующих заболеваний (лечение резидуально-органического поражения ЦНС, анемии и т.д.).

Перечень основных медикаментов:

1. Препараты человеческого соматотропина со средствами доставки (специальные шприц-ручки) в дозах: недостаточность гормона роста у детей – 25-35 мкг/кг/сут или 0,7-1,0 мг/м²/сут, синдром Шерешевского-Тернера – 50 мкг/кг/сут или 1,4 мг/ м²/сут, недостаточность гормона роста у взрослых – 5-15 мкг/кг/сут.;
2. *Левотироксин 25 мкг, 50 мкг, 75 мкг, 100 мкг, 125 мкг, 150 мкг табл.;
3. *Преднизолон 5 мг табл.;
4. Препараты антидиуретического гормона;
5. Препараты лютеинизирующего гормона.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Препараты для лечения резидуально-органического поражения ЦНС;
2. Витамины группы В 10 мг табл.; 5%1 мл амп.;
3. *Гидрокортизон (в экстренных случаях) 2 мл, 5 мл суспензия для инъекций
4. У лиц старше 17 лет – заместительная терапия препаратами половых гормонов или синтетическими аналогами лютеинизирующего гормона.

Критерии перевода на следующий этап - поликлиника:

1. установление диагноза;
2. определение тактики терапии;
3. подбор доз заместительной терапии синдромов, сопутствующих низкорослости.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Болезни эндокринных желез. РКИ. 2005.
2. Семиотика некоторых заболеваний эндокринных желез. 2004.
3. Касаткина Э.П. Задержка роста у детей. Дифференциальная диагностика и лечение. 2004.
4. Таточенко В. Гипофиз и его заболевания. 2004.
5. Flavia Lucia Conceicao and Sandahl Christiansen Medical Department M (Endocrinology and Diabetes), Aarhus University Hospital, Kommnehospitalet, Aarhus, Denmark. Консенсус по диагностике и терапии дефицита гормона роста у детей и подростков: итоговый документ Научного Общества по Изучению Гормона Роста. 2005.
6. Клинические рекомендации для практикующих врачей на основе доказательной медицины. 2-е издание. 2002 г. С. 897-901.
7. В. Блунк. Детская эндокринология. М, 1981.

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

Детский церебральный паралич

Код протокола: 01-012а

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. улучшение мышечного тонуса;
2. улучшение рефлекторной сферы;
3. снижение тугоподвижности в суставах и увеличение двигательной возможности ребенка;
4. приобретения навыков соответственно возрасту;
5. улучшение социальной адаптации.

Длительность лечения: 13 дней

Коды МКБ:

- G80 Детский церебральный паралич
- G80.1 Спастическая диплегия
- G80.2 Детская гемиплегия
- G80.3 Дистонический церебральный паралич
- G80.4 Атактический церебральный паралич
- G80.9 Детский церебральный паралич неуточненный
- G81 Гемиплегия
- G82 Параплегия и тетраплегия
- G83 Другие паралитические синдромы

Определение: Детский церебральный паралич – полиэтиологическое заболевание, возникающее вследствие поражения головного мозга до родов, во время родов и в раннем неонатальном периоде, клинически проявляющееся наличием двигательных нарушений (парезы, параличи, гиперкинезы, нарушение координации), сочетающихся с изменениями психики, речи, зрения, слуха, судорожными и бессудорожными припадками.

ДЦП – нарушение двигательной функций и позы, обусловленные статическим дефектом и поражением незрелого мозга (Palmer, Hoop, 1995)

Классификация: Л.О.Бадалян (1988) выделяет:

ДЦП в грудном возрасте:

1. спастические формы- гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия;
2. дистоническая;
3. гипотоническая форма.

ДЦП старшем возрасте:

1. спастические формы- гемиплегия, диплегия, двусторонняя гемиплегия;
2. гиперкинетическая форма;
3. атактическая форма;
4. атонически-астатическая форма;
5. смешанные формы (спастико-атактическая, спастико-гиперкинетическая, атактико-гиперкинетическая).

По стадиям К.А.Семенова (1990) выделяют:

1. ранняя стадия (до 4 месяцев);
2. начальная хронически-резидуальные стадии (с 5-6 мес до 3-4 лет);
3. поздняя резидуальная (после 3-х лет).

Факторы риска:

1. гипоксия, асфиксия в родах;
2. многоплодная беременность;
3. внутриутробные инфекции;
4. сепсис новорожденных;

5. наличие перивентрикулярной лейкомаляции;
6. нейроиммунные процессы (антимозговые антитела);
7. низкая масса тела при рождении;
8. судороги, желтухи новорожденных;
9. кровотечения во время беременности;
10. нарушение обмена дофамина.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. дифференциальная диагностика;
2. задержка психомоторного и речевого развития ребенка;
3. ухудшение двигательной активности;
4. судороги.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Консультация невролога;

Критерии диагностики:

1. задержка регресса ряда рефлексов новорожденных;
2. задержка психо-моторного и речевого развития;
3. гиперкинезы, изменение мышечного тонуса (гипо- или гипертония);
4. отклонения в неврологическом статусе, сочетающиеся с когнитивными, поведенческими, ортопедическими проблемами;
5. познавательные нарушения;
6. мозжечковый синдром.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Консультация невролога;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Компьютерная томография головного мозга;
2. Консультация психотерапевта;
3. Консультация логопеда;
4. Консультация окулиста.

Тактика лечения: требует координации усилий неврологов, логопедов, физиотерапевтов, ортопедов, психологов, специалистов по лечебной физкультуре и направлена на развитие нарушенных функций, основанная на онтогенетических рефлекторных и аналитических принципах (методики Бобата, Войта, Кэбота, Фелпса, К.А. Семеновой и др.).

1. Пирацетам по 1 табл. 3 раза в день или по 5 мл 1 раз в день
2. Энцефабол по 1 табл. 2 раза в день в течение 2 мес.
2. Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови* 200 мг драже; 40 мг/мл раствор для инъекций; 10%, 20% раствор для инфузий;
3. Медокалм по 1 табл. 2 раза в день в течение 2 мес.
4. Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи.
5. Противосудорожная терапия (см. эпилепсию у детей). Очень часто на практике встречаются смешанные формы. ДЦП необходимо дифференцировать с наследственными нервно-мышечными заболеваниями, нейрокожными синдромами, нарушениями обмена, врожденным гипотиреозом). Детям с ДЦП необходимо проведение постоянной реабилитации (стационар, амбулаторно, санаторно-курортное лечение) для предупреждения развития контрактур, развития патологических поз и установок.

Перечень основных медикаментов:

1. Пирацетам 200мг табл., 20% 5 мл амп.;
2. Мидокалм 0,25 таб. 2 р 2 мес.;
3. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг драже; 40 мг/мл раствор для инъекций; 10%, 20%раствор для инфузий;
4. Энцефабол 0,25 мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи раствор для инъекций 5мл, 10мл, 20 мл.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

После прохождения курса терапии – под наблюдение участкового невропатолога.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Palmer F .B., Hoos A.H.Cerebral palsy//Behavioral and developmental pediatrics/Boston, 1995.P.88-94.
2. Л.О.Бадалян с соавт.Детские церебральные параличи.-Киев,1988.
3. К.А.Семенова. Детские церебральные параличи.// Неврология детского возраста: Под ред. Г.Г.Шанько. Минск,1990.С.165-206.
4. К.А.Семенова,Н.М.Махмудова.Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных ДЦП.Ташкент.1979.
5. Ш.Ш.Шамансуров, В.М. Трошин, Ю.И.Кравцов.Детская неврология.Руководство для врачей. Ташкент,1995. С.204-213.
6. Детская психоневрология под ред. проф.Л.А.Булаховой. Киев, 2001.С.178-184.
7. А.В.Руцкий, Г.Г.Шанько.Нейро-ортопедические и ортопедо-неврологические синдромы у детей и подростков. Минск,1998.С.135-179.
8. Справочник по неврологии детского возраста. Под ред. проф.Лебедева Б.В. Москва.1995.С.105-108.
9. Пальчик А.Б.Эволюционная неврология.С.-П.,2002.С.266-285.
10. Альманах «Исцеление»,№3.Москва,1997.С.87-90.
11. Е.Т. Лильин, О.В. Степанченко, А.Г. Бриль Современные технологии восстановительного лечения и реабилитации больных. Детский доктор, № 2, 1999, <http://medi.ru/>.
12. American academy of pediatrics clinical report. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care W. Carl Cooley, MD; and the Committee on Children With Disabilities Providing a Primary Care Medical Home for Children and Youth With Cerebral Palsy. <http://www.clinicalevidence.com>
13. Cerebral palsy program the Alfred I. dupont institute Wilmington. Cerebral Palsy a guide for care. <http://www.prodigy.nhs>.
14. National Centre on Birth defects and Developmental disabilities. Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Surveillance Program. <http://www.medlinks.ru/nosolog/ped/ru.htm/>
15. Clinical Practice. The origins of cerebral palsy -- a consensus statement. The Australian and New Zealand Perinatal Societies. <http://www.g-i-n.net/>

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Кардиомиопатия гипертрофическая, дилатационная у детей

Код протокола: 05-057a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. уменьшение симптомов недостаточности кровообращения;
2. стабилизация гемодинамики;
3. выработка базисной поддерживающей терапии;
4. дифференциальная диагностика с кардитами.
5. улучшение сердечной деятельности по клиническим и инструментальным (ЭКГ, рентгенография, ЭхоКГ) критериям.

Длительность лечения (дней): 25

Коды МКБ:

I42.0 Дилатационная кардиомиопатия

I42.1 Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия

Определение: **Кардиомиопатия** – это заболевание миокарда неизвестной этиологии, главными признаками которого являются кардиомегалия, нарушение сократительной способности миокарда и нарушение кровообращения. Стабильность изменений в миокарде, их прогрессирование и в ряде случаев одновременное вовлечение в процесс эндокарда, перикарда, отсутствие признаков воспаления, не достаточная эффективность терапии, одинаковая подверженность заболеванию детей всех возрастов являются характерными признаками данного патологического процесса.

Гипертрофическая кардиомиопатия характеризуется выраженной гипертрофией миокарда, в основном левого желудочка, межжелудочковой перегородки, без дилатации полостей.

Дилатационная кардиомиопатия характеризуется значительной кардиомегалией с выраженной дилатацией желудочков (чаще левого) при умеренной гипертрофии его стенок, резкое снижение сократимости миокарда с прогрессированием сердечной недостаточности, нарушением ритма сердца и подверженностью к тромбоэмболии.

Классификация (ВОЗ, 1996):

I Кардиомиопатии идиопатические (неизвестного генеза):

- гипертрофическую (обструктивная, необструктивная);
- дилатационную;
- рестриктивную;
- аритмогенная дисплазия правого желудочка;
- перипаретальная.

II Кардиомиопатии специфические:

1. инфекционные (вирусные, бактериальные, риккетсиозные, грибковые, протозойные);
2. метаболические:
 - эндокринные (при акромегалии, гипокортицизме, тиреотоксикозе, микседеме, ожирении, сахарном диабете, феохромоцитоме);
 - при инфильтративных и гранулематозных процессах, болезнях накопления (амилоидоз, гемохроматоз, саркоидоз, лейкоз, мукополисахаридоз, гликогеноз, липидоз);
 - при дефиците микроэлементов (калий, магний, селен и др.), витаминов и питательных веществ, анемии;
3. при системных заболеваниях соединительной ткани;
4. при системных нейро-мышечных заболеваниях:
 - нейро-мышечных расстройствах (атаксия Фридрейха, синдром Нунана, лентигиноз);
 - мышечных дистрофиях (Дюшенна, Беккера, миотонии) ;

5. при воздействии токсических и физических факторов (алкоголя, кокаина, кобальта, свинца, ртути, антрациклиновых антибиотиков, циклофосфида, уремии, проникающей (ионизирующей) радиации);

III неклассифицируемые болезни миокарда (фиброэластоз, идиопатический миокардит Фидлера).

Факторы риска:

1. генетические (наследственность, спонтанные мутации генов);
2. поражение миокарда (врожденный, приобретенный кардит);
3. токсические влияния;
4. метаболические нарушения;
5. недостаточность селена, карнитина и т.д.;
6. иммунологические факторы (аутоиммунные).

Поступление: плановое, экстренное

Показания для госпитализации:

1. первичная госпитализация для постановки диагноза;
2. жизнеугрожаемые нарушения ритма и проводимости сердца;
3. цереброваскулярные осложнения (ишемические инсульты);
4. симптомы сердечно-сосудистой (НК IIВ-III ст.) и дыхательной недостаточности.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. ЭКГ;
3. ЭхоКГ
4. Рентгенограмма
5. Консультация кардиоревматолога

Критерии диагностики:

I Анамнез

Наличие кардиомиопатий в семье и у ближайших родственников, случаев внезапной смерти или заболеваний сопровождающихся рефрактерной застойной СН среди родственников, особенно в молодом возрасте.

II Клинические данные:

1. манифестация заболевания с застойной (III-IV ФК) сердечной недостаточности по левожелудочковому типу, рефрактерной к терапии, протекающей при отсутствии выраженности острофазовых показателей активности процесса;
2. сочетание застойной сердечной недостаточности с выраженными нарушениями ритма сердца и со склонностью к тромбообразованию и тромбоэмболическим осложнениям;
3. выраженное расширение границ сердца влево-вверх, трехчленный ритм протодиастолического галопа и регургитационный шум относительной митральной или митрально-трикуспидальной недостаточности, усиливающийся при нарастании сердечной декомпенсации.

III Рентгенологическое исследование

1. признаки выраженного застоя в малом круге кровообращения, шаровидная, «митральная» или трапецевидная форма сердца, КТИ более 0,60-0,65.

IV Электрокардиография:

1. умеренные признаки гипертрофии левого желудочка и левого предсердия, увеличение индекса $R V_6 / R V_{max} > 3$.
2. блокада левой ножки пучка Гиса или ее передневерхней ветви;
3. различные нарушения ритма сердца, особенное мерцательная аритмия и желудочковые аритмии.

V Эхокардиография:

1. выраженная дилатация полостей сердца, особенно левого желудочка и левого предсердия, при незначительном увеличении толщины их стенок;
2. значительное увеличение конечного диастолического объема левого желудочка;
3. выраженная гипокинезия задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, значительное (ниже 30-40%) уменьшение фракции выброса.

Критерии диагностики гипертрофической кардиомиопатии:

I Анамнез

Случаи синкопальных состояний, ранних инфарктов, тяжелых нарушений ритма сердца или внезапной ранней сердечной смерти, особенно после интенсивных физических нагрузок, среди кровных родственников больного.

II Клинические данные:

1. сердцебиение, «перебои» в работе сердца, одышка, головокружения и обмороки при выполнении интенсивных физических нагрузок, особенно с резкой переменой положения тела;
2. двойной верхушечный толчок, пресистолический ритм галопа, интервальный мезо- или телесистолический «шум» изгнания в V точке и протосистолический убывающий шум митральной регургитации на верхушке и в аксиллярной области, шумы усиливаются при функциональных пробах, уменьшающих венозный возврат к сердцу;
3. длительная сердечная компенсация, а развивающаяся в последствии декомпенсация, как правило протекает по левожелудочковому типу, в виде диастолической (релаксационной) недостаточности.

III Рентгенологическое исследование:

1. сердце умеренно расширено в поперечнике, иногда с приподнятой над диафрагмой, закругленной верхушкой, увеличена тень левого предсердия, особенно в боковой проекции, в поздних стадиях усиление легочного рисунка за счет умеренного застоя в малом круге кровообращения.

IV Электрокардиография:

1. Высокоамплитудные комплексы QRS левых отведений, особенно глубокие и узкие зубцы Q.
2. Депрессия сегмента ST и выраженная инверсия зубцов T, вплоть до «гигантских» отрицательных зубцов T (что характерно для верхушечной асимметричной ГКМП).
3. Признаки гипертрофии левого предсердия;
4. Частое выявление блокады передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса;
5. Различные нарушения ритма сердца и проводимости, особенно суправентрикулярные аритмии, феномен WPW.

V Эхокардиография:

1. утолщение стенки левого желудочка $> 13-15$ мм; диспропорциональное утолщение межжелудочковой перегородки (увеличение соотношения ТМЖП/ТЗСЛЖ $> 1,3-1,5$); визуализация прикрытия выходного тракта левого желудочка гипертрофированной МЖП.
2. уменьшение полости левого желудочка, увеличение полости левого предсердия, переднесистолическое движение створок митрального клапана и митрально-септальный контакт, митральная регургитация различной степени выраженности;
3. раннее или среднесистолическое прикрытия аортальных створок, митральная регургитация различной степени выраженности, субаортальный градиент давления, превышающий 20 мм рт. ст. и увеличивающийся до 30 мм рт. ст. и более при провокационных пробах.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Электрокардиография;
3. Эхокардиография, с доплеровским исследованием;

4. Рентген-исследование сердца в проекциях с контрастированием пищевода;
5. УЗИ органов брюшной полости;
6. Определение электролитов (калия, натрия);
7. Общий анализ мочи;
8. Определение билирубина;
9. Определение АЛТ;
10. Определение АСТ;
11. Тимоловая проба;
12. Определение общего белка;
13. Определение белковых фракций;
14. Определение мочевины;
15. Определение креатинина;
16. Коагулограмма;
17. Иммунограмма.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Эхоэнцефалография;
2. Компьютерная томография головного мозга;
3. УЗИ сосудов (для исключения патологии сосудов);
4. Протромбиновый индекс;
5. Определение в крови сердечного антигена и антикардиальных антител;
6. Определение в крови кардиоспецифических фракций изоферментов лактатдегидрогеназы, малатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы..
7. Консультация кардиохирурга;
8. Консультация невропатолога;
9. Консультация нейрохирурга;
10. Осмотр глазного дна;
11. Консультация окулиста;
12. ИФА на маркеры гепатита;
13. Эзофагогастроскопия;
14. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру;
15. Посев биологических жидкостей с отбором колоний;
16. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам;
17. Проба по Зимницкому;
18. Магнитно-резонансная томография сердца;
19. Консультация генетика.

Тактика лечения:

1. Постельный режим, диета.
2. Оксигенотерапия.
3. Кардиотонические средства: сердечные гликозиды при недостаточности кровообращения II-ой и более степени дигоксин в поддерживающей дозе 0,008-0,01 мг/кг/сут в 2 приема; коргликон 0,01 мг/кг 1 раз в сутки.
4. Диуретики при недостаточности кровообращения – фуросемид 1-3 мг/кг/сут в 3 приема с переходом на или спиронолактон 3,3 мг/кг/сут в 2-3 приема.
5. Ингибиторы АПФ: эналаприл 2,5-5-10 мг/сут в 2 приема или каптоприл (доза подбирается индивидуально) 0,3-1,0 мг/кг/сут в 3 приема.
6. β - адреноблокаторы и другие противоаритмические препараты (по показаниям): пропранолол 0,25-0,5 мг/кг/сут в 3 приема или атенолол 50-100 мг в сутки однократно, амиодарон 5-9 мг/кг/сут в 3 приема, лидокаин 1-2 мг/кг однократно в/в, верапамил 1-3 мг/кг/сут. в 2-3 приема, аденозина фосфат 50 мкг/кг однократно в/в.

7. Кардиометаболические препараты – поляризующую смесь (10% р-р глюкозы по 10-15 мг на 1 кг, 1 ЕД инсулина на 3 гр. вводимого сахара, панангин 1,0 мл. на 1 год жизни), карнитина хлорид 75-100 мг в сутки, депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200-400-800 мг/сут в/в или в/м, инозин 0,4-0,8 г. в сутки, кокарбоксилазы гидрохлорид 0,025 -0,05 -0,1 г. в/м или в/в -1 раз в день. калия оротат 10-20 мг/кг/сут, в 3 приема; магния оротат по 1 таб-3 раза в день; препараты калия 1-3 таблетки в сутки экзогенный фосфокреатинин 1-2 г в/в -1-2 раза в день, триметазидин по 20-60 мг в сут. в 3 приема. Одновременно назначать не более 2 препаратов кардиометаболического ряда с последующей заменой препаратов.
8. Антикоагулянты и антиагреганты (по показаниям): варфарин 2,5-5,0 мг/сут, в 2 приема в течение 3 дней, далее дозу корректируют по протромбиновому времени (которое должно превышать норму в 1,5-2 раза), фениндион (фенилин) 1 мг/кг/сут, в 4 приема; декстран.
9. Антибактериальная, противовирусная и противогрибковая терапия (по показаниям) – амоксициллин по 0,125-0,5 г 3 раза в день 10 дней, амоксициллин/клавуланат 1,875 г в 3 приема 10 дней; эритромицин 0,4-1,0 г в сутки в 4 приема 10 дней, азитромицин 10 мг/кг 1 раз в день, курсом 3 дня, спирамицин 1,5-9,0 млн. МЕ в сутки 10 дней, рокситромицин 5 мг/кг/сут в 2 приема 10 дней, кларитромицин 15/мг/кг/сут. в 2 приема 10 дней, цефазолин 20-50-100 мг/кг/сут, цефалексин 50-100 мг/кг/сут. в 4 приема 10-14 дней; цефуроксим по 50-100 мг/кг/сут. 3-4 раза в сутки 10-14 дней; цефтриаксон 50-100 мг/кг/сут., ацикловир 0,1-0,2 г 5 раз в день, флуконазол 6-12 мг/кг/сут
10. Антиоксиданты и витамины– эссенциале 5-10 мл/в/в в сутки, аскорбиновая кислота 0,05-0,250 гр/сут, токоферола ацетат 50-100 мг/сут.
11. Противовоспалительная терапия – НПВС (по показаниям): ацетилсалициловая кислота 60-100 мг на кг, но не более 2,0 гр. в сутки, или индометацин 2-2,5-3 мг/кг/сут., или диклофенак 2-3 мг/кг/сут., или ибупрофен 30-40 мг/кг/сут., или напроксен 10-20 мг/кг/сут., или нимесулид 5 мг/кг/сут.
12. Глюкокортикостероиды – (по показаниям) преднизолон 0,5-1,0 мг/кг/сут сроком на 2-3 недели с последующим медленным снижением по 2,5 мг в неделю, распределение в течение суток в соответствии с физиологическим ритмом коры надпочечников – в первую половину дня.

Препараты улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение, седативные средства – настойка пиона, пустырника, экстракт валерианы, диазепам 2,5-15 мг в сутки в 2-3 приема; ноотропная терапия – пантогам 250 мг 3 г/сут, пирацетам 200-400 мг 2 раза в сутки, глутаминовая кислота 0,5-1,0 г в сутки, глицин 100 мг 3 раза в сутки, фенибут 0,15-0,25 г. 3 раза в день, комплекс витаминов группы В для приема внутрь по 1 таб. 2-3 раза в день, комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи раствор для инъекций 5, 10 и 20 мл. по 50-75 мг в сутки, винпоцетин по 10-15 мг в сутки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл.; 0,025% 1 мл, амп;
2. *Фуросемид 40 мг, табл.; 20 мг/2мл, амп.;
3. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг, табл.; 1,25 мг/1 мл, амп.;
4. *Пропранолол 40 мг, табл;
5. *Амиодарон 200 мг, табл.; 150 мг/3 мл, амп.;
6. *Лидокаин 1%, 2%, 10% (гидрохлорид) 2 мл, 10 мл, раствор для инъекций;
7. *Верапамил 40 мг, 80 мг, табл.;
8. Глюкоза 5%, 10% 400 мл, 500 мл во флаконе; 40% 5 мл, 10 мл амп.;
9. Панангин 1,0 мл амп.;
10. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг, раствор для инъекций; 40 мг/мл 10%, 20% раствор для инфузий;
11. *Варфарин 2,5 мг табл.;

12. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.; 250 мг; 500 мг, капс.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
13. *Амоксициллин/клавуланат 625 мг, табл.; 600 мг, во флаконе, раствор для инъекций;
14. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
15. *Азитромицин 125 мг, 500 мг табл.; 250 мг капс.; 200 мг/100 мл во флаконе;
16. *Цефазолин 1000 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора;
17. *Цефалексин 250 мг, 500 мг табл. и капс.; 125 мг, 250 мг/5 мл суспензия и сироп;
18. *Ацикловир 200 мг, 800 мг табл.;
19. *Флуконазол 50 мг, 150 мг капс.; 100 мл раствор во флаконе для в/в введения;
20. Эссенциале 250 мг капс.;
21. *Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, 500 мг табл.; 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл раствор для инъекций;
22. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 250 мг, 325 мг, 500 мг таблетка;
23. *Преднизолон 5 мг табл.; 30 мг/мл раствор для инъекций;
24. *Диазепам 2 мг, 5 мг, табл.;
25. *Пирацетам 200 мг табл.; 20% 5 мл амп.;
26. *Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5, 10 и 20 мл раствор для инъекций.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Спинолактон 25 мг, 50 мг табл.;
2. *Каптоприл 50 мг табл.;
3. *Атенолол 50 мг, 100 мг табл.;
4. *Аденозина фосфат 1% 1 мл раствор;
5. Карнитина хлорид 75-100 мг табл.;
6. Кокарбоксилазы гидрохлорид 50 мл порошок для приготовления раствора для инъекций;
7. Калия оротат 100 мг, 200 мг таблетка;
8. Фосфокреатинин 100-200 мг табл.;
9. *Спирамицин 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД, 750 тыс ЕД гранулы для суспензии; 1,5 млн ЕД, порошок для инфузий;
10. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл.;
11. *Цефуросим 250 мг, 500 мг, табл.; 750 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе;
12. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1 000 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
13. *Диклофенак 25 мг, 100 мг, 150 мг табл.; 75 мг/3 мл раствор для инъекций; 50 мг суппозитории ректальные; 100 мг мазь;
14. настойка пиона, пустырника, экстракт валерианы 50 мл;
15. *Винпоцетин 5 мг, 10 мг табл.; 2 мл амп.;
16. Пантогам 250 мг.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Уменьшение симптомов недостаточности кровообращения, улучшение сердечной деятельности по клиническим и инструментальным (ЭКГ, рентгенография, Эхо КГ) критериям, стабилизация гемодинамики, окончание острого периода при цереброваскулярных осложнениях, выработка базисной поддерживающей терапии являются критериями перехода на амбулаторный этап лечения.

При нарастании тяжести состояния, прогрессировании симптомов сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, угрожаемых жизни нарушениях ритма сердца, симптомов надпочечниковой недостаточности, признаках нарушения мозгового кровообращения перевод в ОРИТ для проведения интенсивной терапии.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Шлопова В.Г. *Кардиомиопатии*. 2005. <http://www.infarktu.net/catalog/professional/13/articles/>
2. Бершова Т.В. и др. Некоторые патогенетические аспекты возникновения кардиомиопатий у детей.
РАМН, г.Москва. 2001. <http://www.ortho.ru>
3. Gewllig M, Mertens L, Moerman P, et al. Idiopathic restrictive cardiomyopathy in childhood. Eur Heart J 1996;
4. CG. Cardiomyopathy. Dilated. 2005. <http://www.clinicalevidence.com>
5. R. E. Manzur, G. Barbieri Chronical Chagas Illnes: Controversial aspects about its ethiological treatment. Center of Chagas Illness and Regional Pathology "Dr. Humberto Lugones" , Santiago del Estero, Argentina. 2003. <http://www.yahoo.com>
6. Е.Е. Гуляева и др. Эффективность лечения дилатационных кардиомиопатий у детей раннего возраста. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1999. <http://www.kid.ru/>
7. Страхова О.С., Белозеров Ю.М. Темин П.А. Кардиомиопатия при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна. Динамика процесса. 2001. www.infarktu.net

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

Неревматические поражения митрального клапана у детей

Код протокола: 05-056

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

уменьшение симптомов сердечно-сосудистой недостаточности со стабилизацией гемодинамики, купирование жизнеугрожаемых аритмий, улучшение сердечной деятельности по клиническим и инструментальным (ЭКГ, рентгенография, ЭхоКГ) критериям, выработка базисной терапии, дифференциация диагноза при первично выявленной патологии

Длительность лечения (дней): 20

Коды МКБ:

I34.0 Митральная клапанная недостаточность (неревматическая)

I34.2 Неревматический стеноз митрального клапана

I34.1 Проплапс (пролабирование) митрального клапана

I34.9 Неревматическое поражение митрального клапана неуточненное

Определение:

Неревматические поражения митрального клапана – поражения митрального клапана различной этиологии, исключая ревматизм.

Митральный стеноз – сужение левого предсердно-желудочкового отверстия, препятствующее во время систолы левого предсердия физиологическому току крови из него в левый желудочек.

Митральная недостаточность – неспособность левого предсердно-желудочкового клапана препятствовать обратному движению крови из левого желудочка в левое предсердие во время систолы желудочков сердца

Проплапс митрального клапана – патологическое провисание (прогибание) одной или обеих створок митрального клапана в левое предсердие во время систолы левого желудочка

Классификация:

- митральная недостаточность;
- митральный стеноз;
- комбинированная митральная недостаточность и стеноз;
- ПМК.

Факторы риска:

1. аномалии развития клапанно-подклапанного аппарата митрального клапана;
2. миксоматозная дегенерация;
3. инфекционный эндокардит;
4. поражения миокарда (эластофиброз, острый миокардит, кардиомиопатии);
5. диффузные заболевания соединительной ткани;
6. травма сердца (закрытая травма грудной клетки, травма при операции на сердце);
7. спонтанный разрыв сухожильной хорды.

Поступление: плановое, экстренное.

Показания для госпитализации:

1. симптомы недостаточности кровообращения II-III степени;
2. жизнеугрожаемые нарушения ритма сердца и проводимости;
3. развитие осложнений.

Критерии диагностики:

Критерии диагностики недостаточности митрального клапана

I Клинические данные:

1. митральная недостаточность может хорошо переноситься больным и на протяжении многих

лет существовать бессимптомно, в случае внезапного возникновения митральной недостаточности вследствие травмы, повреждения подклапанного аппарата клинические симптомы определяются острым отеком легких;

2. одышка, приступы сердечной астмы, кашель с мокротой, часто с примесью крови;
3. «сердечный горб» слева от грудины, усиленный и разлитой верхушечный толчок, границы сердца расширены влево и вверх;
4. ослабление или отсутствие I тона, акцент II тона над легочной артерией, появление дополнительного III тона на верхушке, различной интенсивности систолический шум-мягкий, дующий или грубый, с точкой максимального выслушивания на верхушке сердца.

II Рентгенологическое исследование

1. признаки застоя в малом круге кровообращения, увеличение тени сердца за счет левых отделов, на поздних стадиях за счет правых.

III Электрокардиография:

1. умеренные признаки гипертрофии левого желудочка и левого предсердия, а затем и правого желудочка.
2. различные нарушения ритма сердца, особенно экстрасистолия, фибрилляция предсердий.

IV Эхокардиография:

1. деформация створок митрального клапана, изменения подклапанного аппарата;
2. расширение полости левого предсердия и левого желудочка;
3. признаки регургитации на митральном клапане различной степени выраженности.

Критерии диагностики митрального стеноза:

I Клинические данные:

1. в ранние сроки формирования стеноза жалобы и признаки порока отсутствуют, при врожденном митральном стенозе у новорожденных отмечается респираторный дистресс-синдром, частые легочные заболевания, тахипноэ.
2. снижение толерантности к физическим нагрузкам, одышка, сердцебиения, на поздних стадиях цианоз, признаки правожелудочковой недостаточности - увеличение печени, отеки;
3. уменьшение периферической пульсации, снижение систолического артериального давления, ослабление верхушечного толчка, пресистолическое дрожание на верхушке сердца, границы сердца увеличены вверх и вправо;
4. громкий хлопающий I тон на верхушке сердца, диастолический шум с пресистолической акцентуацией с точкой максимального выслушивания на верхушке, акцент или расщепление II тона над легочной артерией, появление третьего и четвертого тонов сердца.

II Рентгенологическое исследование

1. признаки застоя в малом круге кровообращения, увеличение тени сердца за счет левого предсердия и правого желудочка, выбухание дуги легочной артерии.

III Электрокардиография:

1. изменения зубца Р – высокий, расширенный, затем появляется его расщепление в I, II и в VL отведениях, а в отведениях V1, V2 зубец Р часто двухфазный
2. признаки гипертрофии правого желудочка, отклонение электрической оси сердца вправо
3. нарушение процессов реполяризации.

IV Эхокардиография:

1. расширение правого желудочка и левого предсердия, уменьшение полости левого желудочка;
2. утолщение, увеличение эхоплотности митрального клапана, уменьшение амплитуды движения передней створки, однонаправленность движения обеих створок
3. увеличение скорости максимального диастолического потока более 1,3м/с.

Критерии диагностики пролапса митрального клапана (Фремингемского исследования, 1986 г.)

Главные

1. Аускультативные- средне-позднесистолические щелчки в сочетании с позднесистолическим шумом, средне-позднесистолические щелчки на верхушке, изолированный позднесистолический шум на верхушке;
2. аускультация в сочетании с эхокардиографией- голосистолический шум митральной регургитации и соответствующий эхокардиографический критерий;
3. эхокардиографические- смещение септальных створок в систолу за точку коаптации, в проекции длинной оси левого желудочка и в четырехкамерной проекции при верхушечном доступе, позднесистолическое пролабирование более 3 мм.

Дополнительные:

1. анамнестические - невротические проявления, психоэмоциональная нестабильность, наличие пролапса митрального клапана у лиц 1 степени родства.
2. аускультативные - непостоянные средне-позднесистолические щелчки на верхушке;
3. клинические – низкая масса тела, астеническое телосложение, признаки диспластического развития;
4. рентгенографические – малые размеры сердца, выбухание дуги легочной артерии;
5. эхокардиографические – позднесистолический пролапс (2 мм), голосистолический пролапс (3 мм) в сочетании с двухмерными критериями; систолическое прогибание створок за линию коаптации в четырехкамерной проекции.

Неспецифические:

1. клинические – боли в грудной клетке, слабость, головокружение, одышка, сердцебиение, приступы страха;
2. электрокардиографические - изолированная инверсия зубцов Т в отведениях II, III, aVF либо в сочетании с инверсией в левых грудных отведениях;
3. эхокардиографические- изолированное умеренное систолическое прогибание митральных створок (до 3 мм) в четырехкамерной проекции;
4. холтеровское мониторирование - предсердные и желудочковые экстрасистолы, приступы суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Электрокардиография
3. Эхокардиография, с доплеровским исследованием;
4. Консультация отоларинголога;
5. Консультация стоматолога;
6. Определение калия/натрия;
7. Определение С-реактивного белка;
8. Определение АСЛО;
9. Рентгенография сердца в 2-х проекциях с контрастированием пищевода;
10. УЗИ брюшной полости;
11. Определение билирубина;
12. Определение АЛТ;
13. Определение АСТ;
14. Определение тимоловой пробы;
15. Определение белка;
16. Определение белковых фракций;
17. Определение мочевины;
18. Определение креатинина;
19. Общий анализ мочи.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Чрезпищеводная эхокардиография;

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ;
3. Определение содержания магния в крови;
4. УЗИ сосудов;
5. Стресс-эхокардиография;
6. Велоэргометрия;
7. Кардиоинтервалография, исследование вегетативного статуса;
8. Консультация кардиохирурга;
9. Коагулограмма;
10. Определение лактатдегидрогеназы, креатининфосфокиназы;
11. Реоэнцефалография;
12. Электроэнцефалография;
13. Эхоэнцефалография;
14. Консультация невропатолога;
15. Консультация психолога
16. Определение функции адгезии и агрегации тромбоцитов;
17. Посев биологических жидкостей с отбором колоний;
18. Определение чувствительности к антибиотикам;
19. ИФА на маркеры гепатита.

Тактика лечения:

1. Лечебные мероприятия зависят от степени недостаточности кровообращения, характера клапанного поражения, присоединения осложнений, воспалительного процесса (кардита)
2. Режим по тяжести состояния, достаточный сон, калиевая диета.
3. Оксигенотерапия.
4. Кардиометаболические препараты - карнитина хлорид 75-100 мг в сутки, депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200-400-800 мг/сут в/в или в/м, инозин 0,4-0,8 г. в сутки, кокарбоксилазы гидрохлорид 0,025 -0,05 -0,1 г. в/м или в/в -1 раз в день, калия оротат 10-20 мг/кг/сут, в 3 приема; магния оротат по 1 таб-3 раза в день; препараты калия 1-3 таблетки в сутки, Одновременно назначать не более 2 препаратов кардиометаболического ряда с последующей заменой препаратов.
5. Антибактериальная терапия (по показаниям): амоксициллин по 0,125-0,5 г 3 раза в день 10 дней, амоксициллин/клавуланат 1,875 г в 3 приема 10 дней; эритромицин 0,4-1,0 г в сутки в 4 приема 10 дней, азитромицин 10 мг/кг 1 раз в день, курсом 3 дня, спирамицин 1,5-9,0 млн. МЕ в сутки 10 дней, рокситромицин 5 мг/кг/сут в 2 приема 10 дней, кларитромицин 15/мг/кг/сут. в 2 приема 10 дней, цефазолин 20-50-100 мг/кг/сут, цефалексин 50-100 мг/кг/сут. в 4 приема 10-14 дней; цефуроксим по 50-100 мг/кг/сут. 3-4 раза в сутки 10-14 дней; цефтриаксон 50-100 мг/кг/сут., имипенем 50 мг/кг/сут.
6. Антиаритмические препараты различных групп по показаниям – пропранолол 0,25-0,5 мг/кг/сут в 3 приема или атенолол 50-100 мг в сутки однократно, амиодарон 5-9 мг/кг/сут в 3 приема, лидокаин 1-2 мг/кг однократно в/в, верапамил 1-3 мг/кг/сут. в 2-3 приема, аденозина фосфат 50 мкг/кг однократно в/в.
7. При развитии недостаточности кровообращения: кардиотонические средства - сердечные гликозиды при недостаточности кровообращения II-ой и более степени дигоксин в поддерживающей дозе 0,008-0,01 мг/кг/сут в 2 приема; диуретики при недостаточности кровообращения – фуросемид 1-3 мг/кг/сут в 3 приема с переходом на или спиронолактон 3,3 мг/кг/сут в 2-3 приема или триамтерен 1-2 мг/кг/сут., ингибиторы АПФ: эналаприл 2,5-5-10 мг/сут в 2 приема или каптоприл (доза подбирается индивидуально) 0,3-1,0 мг/кг/сут в 3 приема.
8. Антикоагулянты и антиагреганты: варфарин 2,5-5,0 мг/сут, в 2 приема в течение 3 дней, далее дозу корректируют по протромбиновому времени (которое должно превышать норму в 1,5-2

- раза), фениндион (фенилин) 1 мг/кг/сут, в 4 приема; декстран 10-15 мл/кг.
9. Санация хронических очагов инфекции ЛОР, стоматолог.
 10. Противовоспалительная терапия – НПВС (по показаниям): ацетилсалициловая кислота 60-100 мг на кг, но не более 2,0 гр. в сутки, или индометацин 2-2,5-3 мг/кг/сут., или диклофенак 2-3 мг/кг/сут., или ибупрофен 30-40 мг/кг/сут., или напроксен 10-20 мг/кг/сут., или нимесулид 5 мг/кг/сут.; глюкокортикостероиды – (по показаниям) преднизолон 0,5-1,0 мг/кг/сут сроком на 2-3 недели с последующим медленным снижением по 2,5 мг в неделю, распределение в течение суток в соответствии с физиологическим ритмом коры надпочечников – в первую половину дня.
 11. Препараты улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение, седативные средства, психофармакотерапия (по показаниям) настой пустырника, экстракт валерианы, диазепам 2,5-15 мг в сутки в 2-3 приема; пантогам 250 мг 3 г/сут, пирацетам 200-400 мг 2 раза в сутки, глутаминовая кислота 0,5-1,0 г в сутки, глицин 100 мг 3 раза в сутки, фенибут 0,15-0,25 г. 3 раза в день, комплекс витаминов группы В для приема внутрь по 1 таб. 2-3 раза в день, циннаризин по 50-75 мг в сутки, винпоцетин по 10-15 мг в сутки, тофизопам 50-100 мг в сутки в 2 приема, азафен 25-75 мг в сутки.
 12. Психотерапия, ауто-тренинг, массаж шейно-воротниковой зоны, физиолечение - электрофорез с магнием и бромом на шейно-воротниковую зону, электросон.

Перечень основных медикаментов:

1. *Депротенинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг, раствор для инъекций; 40 мг/мл 10%, 20% раствор для инфузий;
2. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.; 250 мг; 500 мг, капс.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
3. *Амоксициллин/клавуланат 625 мг, табл.; 600 мг, во флаконе, раствор для инъекций;
4. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
5. *Азитромицин 125 мг, 500 мг табл.; 250 мг капс.; 200 мг/100 мл во флаконе;
6. *Цефазолин 1000 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора;
7. *Цефуросим 250 мг, 500 мг табл.; 750 мг порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе;
8. *Цефалексин 250 мг, 500 мг табл.и капс.; 125 мг, 250 мг/5 мл суспензия и сироп;
9. *Пропранолол 40 мг, табл;
10. *Амиодарон 200 мг, табл.; 150 мг/3 мл, амп;
11. *Лидокаин 1%, 2%, 10% (гидрохлорид) 2 мл, 10 мл, раствор для инъекций;
12. *Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл.; 0,025% 1 мл, амп;
13. *Фуросемид 40 мг, табл.; 20 мг/2мл, амп;
14. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг, табл.; 1,25 мг/1 мл, амп.;
15. *Варфарин 2,5 мг табл.;
16. * Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 250 мг, 325 мг, 500 мг таблетка;
17. *Диклофенак 25 мг, 100 мг, 150 мг табл.; 75 мг/3 мл раствор для инъекций; 50 мг суппозитории ректальные; 100 мг мазь;
18. *Преднизолон 5 мг табл.; 30 мг/мл раствор для инъекций;
19. *Диазепам 2 мг, 5 мг, табл.;
20. *Пирацетам 200 мг табл.; 20% 5 мл амп.;
21. *Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5, 10 и 20 мл раствор для инъекций.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Карнитина хлорид 75-100 мг табл;
2. Кокарбоксилазы гидрохлорид 50 мл порошок для приготовления раствора для инъекций;
3. *Спирамицин 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД, 750 тыс ЕД гранулы для суспензии; 1,5 млн ЕД

порошок для инфузий;

4. * Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл;

5. * Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1 000 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;

6. * Имипенем 500 мг во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;

7. * Атенолол 50 мг, 100 мг табл.;

8. * Верапамил 40 мг, 80 мг, табл.;

9. * Аденозина фосфат 1% 1 мл раствор;

10. * Спиринолактон 25 мг, 50 мг табл.;

11. * Декстран раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл

12. Индометацин 25 мг табл.;

13. Настой пустырника, экстракт валерианы 30 мл;

14. * Винпоцетин 5 мг, 10 мг табл.; 2 мл амп.;

Критерии перехода на следующий этап лечения:

уменьшение (купирование) симптомов сердечно-сосудистой недостаточности со стабилизацией гемодинамики, купирование жизнеугрожаемых аритмий, улучшение сердечной деятельности по клиническим и инструментальным (ЭКГ, рентгенография, Эхо КГ) критериям - переход на амбулаторный этап лечения.

Больных с митральным пороком сердца и наличием клинических проявлений следует рассматривать как потенциальных кандидатов для хирургического лечения.

Хирургическое лечение МН показано в следующих случаях:

- наличие выраженных клинических проявлений, вызванных митральной регургитацией
- наличие мерцательной аритмии
- наличие легочной гипертензии (давление в легочной артерии более 50 мм рт. ст. в покое или выше 60 мм рт. ст. при нагрузке)
- наличие выраженной систолической дисфункции левого желудочка (фракция выброса ЛЖ менее 30%, конечный систолический размер ЛЖ более 55 мм)

Тип оперативного вмешательства определяется функциональным статусом пациента и морфологией клапана.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Клинические рекомендации+фармакологический справочник: Под ред. И.Н.Денисова, Ю.Л. Шевченко – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 1184 с ил. (серия «Доказательная Медицина»)
2. ACC/AHA/ASE 2003 Guideline Update for the Clinical Application of Echocardiography A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelines for the Clinical Application of Echocardiography)
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network A National Clinical Guideline Antithrombotic Therapy March 1999
4. Management of Patients With Valvular Heart Disease A Report of the American College ACC/AHA Pocket Guidelines A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines July 2000
5. Mitral Valve Prolapse: Time for a Fresh Look. Reviews in Cardiovascular Medicine 2001; 2(2): 73-81. Guidelines: <https://www.americanheart.org>

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

Острый миокардит у детей

Код протокола: 05-0576

Профиль: педиатрический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

купирование острого воспалительного процесса в миокарде, уменьшение симптомов недостаточности кровообращения, купирование нарушений ритма и проводящей системы сердца, стабилизация гемодинамики, дифференциальная диагностика с кардиомиопатиями, улучшение сердечной деятельности по клиническим и инструментальным (ЭКГ, рентгенография, ЭхоКГ) критериям.

Длительность лечения (дней): 25

Коды МКБ: I40 Острый миокардит

I09.0 Ревматический миокардит

I09.2 Хронический ревматический перикардит

Определение: **Острый миокардит** - это заболевание миокарда в основе которого лежит воспалительная инфильтрация с некрозом и/или дегенерацией миоцитов, проявляющееся широким спектром клинических проявлений от минимальных до фатальных.

Классификация:

Период возникновения заболевания:

- Врожденный: ранний и поздний;
- Приобретенный.

Этиологический фактор:

- вирусный;
- вирусно-бактериальный;
- бактериальный;
- паразитарный;
- грибковый;
- аллергический;
- идиопатический.

Форма (по преимущественной локализации процесса):

- миокардит;
- с поражением проводящей системы сердца.

Течение:

- острое;
- подострое;
- хроническое.

Тяжесть кардита:

- легкий;
- среднетяжелый;
- тяжелый.

Форма и степень сердечной недостаточности:

- левожелудочковая I, IIА, IIБ, III;
- правожелудочковая I, IIА, IIБ, III;
- тотальная IIБ, III.

Исходы и осложнения: - выздоровление;

- кардиосклероз;
- гипертрофия миокарда;
- нарушения ритма и проводимости;

- легочная гипертензия;
- поражение клапанного аппарата;
- констриктивный миоперикардит
- тромбоэмболический синдром

Факторы риска:

Инфекционные: вирус Коксаки А и В, ЕСНО- вирусы, аденовирусы, вирусы гриппа, краснухи, цитомегалии, простого герпеса; бактериальные инфекции- стрептококк, дифтерия, иерсиниоз, брюшной тиф; паразитарные заболевания: токсоплазмоз, гистоплазмоз, трихинеллез; прочие инфекции: микопlasма, риккетсии, микозы.

Неинфекционные: иммунопатологические заболевания соединительной ткани: аллергические болезни (сывороточная болезнь, эозинофильный легочной инфильтрат, синдром Стивена-Джонсона, лекарственная аллергия, поствакцинальные); метаболические нарушения; лейкоз и метастазирование злокачественных опухолей, химические и физические воздействия (лучевое повреждение, токсины, лекарственные препараты, укусы насекомых, змей)

Поступление: плановое, экстренное

Показания для госпитализации:

1. Симптомы сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности
2. Миокардит с нарушением ритма сердца
3. Миокардит с фульминантным и хроническим течением

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. ЭКГ;
3. Рентгенографии органов грудной клетки;
4. Консультация кардиоревматолога.

Критерии диагностики:

Критерии большой значимости:

1. Увеличение общих размеров сердца и его полостей (по клиническим данным, подтвержденные объективными методами – рентгенография и эхокардиография).
2. Снижение сократительной способности миокарда, проявляющееся признаками сердечной недостаточности и подтвержденное функциональными методами (эхокардиография)

Критерии средней значимости:

1. отсутствие влияния вегетативной нервной системы на деятельность сердца, которое клинически проявляется ригидностью ритма, отсутствием дыхательной аритмии и может быть подтверждено кардиоинтервалографией;
2. обнаружение в крови сердечного антигена и антикардиальных антител;
3. повышение в крови кардиоспецифических фракций изоферментов лактатдегидрогеназы, малатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы;
4. Комплекс ЭКГ признаков гипертрофии отделов сердца, ишемии миокарда.

Критерии малой значимости:

1. боли в области сердца;
2. ослабление 1 тона;
3. тахи - или брадикардия;
4. ритм галопа;
5. апикальный систолический шум, если он до того отсутствовал;
6. нарушения проводимости;
7. экстрасистолия;
8. смещение интервала S-T;
9. изменения зубца Т.

Подтверждающие критерии

1. Наличие инфекции (главным образом, вирусной):
 - в анамнезе;
 - по клиническим данным;
 - по серологическим данным - повышение титра антивирусных антител
2. Повышение уровня иммуноглобулина Е в сыворотке крови.

Диагноз кардита считается достоверным при сумме баллов 5 и более, при наличии хотя бы одного из признаков большой и средней значимости.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Электрокардиография;
2. Эхокардиография с доплеровским исследованием;
3. Рентгенография грудной клетки (одна проекция);
4. УЗИ органов брюшной полости;
5. Измерение артериального давления;
6. Общий анализ крови (6 параметров);
7. Определение антистрептолизина –О;
8. Определение С-реактивного белка;
9. Определение сиаловой пробы;
10. Определение общего белка;
11. Определение белковых фракций;
12. Определение электролитов- калий, натрий;
13. Иммунограмма;
14. Общий анализ мочи;
15. Посев биологических жидкостей с отбором колоний;
16. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам;
17. Определение тимоловой пробы;
18. Определение АЛТ;
19. Определение АСТ;
20. Определение билирубина.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ сосудов;
2. Эзофагогастроскопия;
3. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру;
4. Кардиоинтервалография;
5. Рентгенография сердца в проекциях с контрастированием пищевода;
6. Определение в крови сердечного антигена и антикардиальных антител;
7. Определение в крови кардиоспецифических фракций изоферментов лактатдегидрогеназы, малатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы;
8. Коагулограмма;
9. Определение мочевины;
10. Определение креатинина;
11. Определение глюкозы;
12. Консультация окулиста;
13. Магнитно-резонансная томография сердца.

Тактика лечения

1. Постельный режим.
2. Противовоспалительная терапия – НПВС: ацетилсалициловая кислота 60-100 мг на кг, но не более 2,0 гр. в сутки, или индометацин 2-2,5-3 мг/кг/сут., или диклофенак 2-3 мг/кг/сут., или ибупрофен 30-40 мг/кг/сут., или напроксен 10-20 мг/кг/сут., или нимесулид 5 мг/кг/сут.
3. Глюкокортикостероиды – преднизолон 0,5-1,0 мг/кг/сут сроком на 2-3 недели с последующим

медленным снижением по 2,5 мг в неделю, распределение в течение суток в соответствии с физиологическим ритмом коры надпочечников – в первую половину дня.

4. Иммуносупрессивная терапия: хингамин 4 мг/кг/сут (но не более 250 мг в сутки) – 1 раз в сутки (на ночь); гидроксихлорохин (плаквенил) в дозе 8 мг./кг/сут (но не более 400 мг в сутки) – 1 раз в сутки (на ночь), курсом не менее 6 – 8 месяцев, при тяжелом течении – азатиоприн 1,5-2,0 мг/кг/сут в 1-2 приема.

5. Антибактериальная терапия – амоксициллин по 0,125-0,5 г 3 раза в день 10 дней, амоксициллин/клавуланат 1,875 г в 3 приема 10 дней; эритромицин 0,4-1,0 г в сутки в 4 приема 10 дней, азитромицин 10 мг/кг 1 раз в день, курсом 3 дня, спирамицин 1,5-9,0 млн. МЕ в сутки 10 дней, рокситромицин 5 мг/кг/сут в 2 приема 10 дней, кларитромицин 15/мг/кг/сут. в 2 приема 10 дней, цефазолин 20-50-100 мг/кг/сут, цефалексин 50-100 мг/кг/сут. в 4 приема 10-14 дней; цефуроксим по 50-100 мг/кг/сут. 3-4 раза в сутки 10-14 дней; цефтриаксон 50-100 мг/кг/сут.

6. Сердечные гликозиды и диуретики: сердечные гликозиды – дигоксин в поддерживающей дозе 0,005-0,01 мг/кг/сут в 2 приема; коргликон 0,01 мг/кг 1 раз в сутки; диуретики: фуросемид 1-3 мг/кг/сут в 3 приема с переходом на или спиронолактон 3,3 мг/кг/сут в 2-3 приема или триамтерен 1-2 мг/кг/сут.

7. Противовирусная и противогрибковая терапия (по показаниям) ацикловир 0,1-0,2 г 5 раз в день, индуктор эндогенного интерферона – циклоферон – 12,5% по 6-10 мг/кг/сут, в/м, через день, флуконазол 6-12 мг/кг/сут

8. Противоаритмические препараты (по показаниям): пропранолол 0,25-0,5 мг/кг/сут в 3 приема или атенолол 50-100 мг в сутки однократно или амиодарон 5-9 мг/кг/сут в 3 приема или лидокаин 1-2 мг/кг однократно в/в, верапамил 1-3 мг/кг/сут. в 2-3 приема, аденозина фосфат 50 мкг/кг однократно в/в.

9. Ингибиторы АПФ: эналаприл 2,5-5-10 мг/сут в 2 приема или каптоприл (доза подбирается индивидуально) 0,3-1,0 мг/кг/сут в 3 приема.

10. Кардиометаболические препараты – поляризующую смесь (10% р-р глюкозы по 10-15 мг на 1 кг, 1 ЕД инсулина на 3 гр. вводимого сахара, панангин 1,0 мл. на 1 год жизни), карнитина хлорид 75-100 мг в сутки, депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200-400-800 мг/сут в/в или в/м, инозин 0,4-0,8 г. в сутки, кокарбоксилазы гидрохлорид 0,025 -0,05 -0,1 г. в/м или в/в -1 раз в день. Одновременно назначать не более 2 препаратов кардиометаболического ряда с последующей заменой препаратов.

11. Микроэлементы, витамины и препараты других групп–препараты калия и магния 1-3 таблетки в сутки, аскорбиновая кислота 0,05-0,250 г/сут, токоферола ацетат 50-100 мг/сут, эссенциале по 1-2 капс. 3 раза в день, комбинированный препарат содержащий гидроокись алюминия и окись магния 2,0-5 мл 4 раза в день.

12. Дезагреганты (по показаниям) – дипиридамол 5-10 мг/кг/сут

Перечень основных медикаментов:

1. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 250 мг, 325 мг, 500 мг таблетка;
2. *Диклофенак 25 мг, 100 мг, 150 мг табл.; 75 мг/3 мл раствор для инъекций; 50 мг суппозитории ректальные, 100 мг мазь;
3. *Преднизолон 30 мг/мл раствор для инъекций; 5 мг табл.
4. *Хлорохин 100 мг, 150 мг табл.;
5. *Азатиоприн 50 мг табл.;
6. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.; 250 мг; 500 мг, капс.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
7. *Амоксициллин/клавуланат 625 мг, табл.; 600 мг, во флаконе, раствор для инъекций;
8. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
9. *Азитромицин 125 мг, 500 мг табл.; 250 мг капс.; 200 мг/100 мл во флаконе;

10. *Цефуроксим 250 мг, 500 мг табл.; 750 мг порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе;
11. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1 000 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
12. * Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг табл.; 0,025% 1 мл амп.;
13. *Фуросемид 40 мг, табл.; 20 мг/2мл, амп.;
14. *Спинолактон 25 мг; капсула 50 мг табл.;
15. *Ацикловир 200 мг, 800 мг табл.;
16. *Пропранолол 40 мг, табл.;
17. *Верапамил 40 мг, 80 мг табл.;
18. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг табл.; 1,25 мг/1 мл амп.;
19. *Глюкозы 5%, 10% 400 мл, 500 мл во флаконе; 40% 5 мл, 10 мл амп.;
20. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг, раствор для инъекций; 40 мг/мл 10%, 20% раствор для инфузий;
21. *Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, 500 мг табл.; 5%, 10% 2 мл, 5 мл амп.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Индометацин 25 мг табл.;
2. Напроксен 250 мг, табл.;
3. *Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл.;
4. Нимесулид 500 мг табл.;
5. Гидроксихлорохин (плаквенил) 200 мг табл.;
6. *Спирамицин 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД гранулы, 750 тыс ЕД для суспензии; 1,5 млн ЕД порошок для инфузий;
7. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл.;
8. *Цефазолин 1000 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора;
9. *Цефалексин 250 мг, 500 мг, табл., капс.; 125 мг, 250 мг/5 мл, суспензия и сироп;
10. Рокситромицин 50 мг табл.;
11. Циклоферон 12,5% 10000 мг во флаконе;
14. *Флуконазол 50 мг, 150 мг капс.; 100 мл раствор во флаконе для в/в введения;
15. *Атенолол 50 мг, 100 мг табл.;
16. *Амиодарон 200 мг табл., 150 мг/3 мл амп.;
17. *Лидокаин 10% 2 мл раствор для инъекций;
18. Каптоприл 50 мг табл.;
19. Панангин 1,0 мл амп.;
20. Карнитина хлорид 75-100 мг табл.;

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Уменьшение симптомов недостаточности кровообращения, улучшение сердечной деятельности по клиническим и инструментальным (ЭКГ, рентгенография, ЭхоКГ) критериям, стабилизация гемодинамики являются критериями перехода на амбулаторный этап лечения.

Нарастание симптомов сердечно-сосудистой недостаточности, возникновение жизнеугрожаемых аритмий - перевод в ОРИТ для проведения интенсивной терапии

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Rheumatic Carditis: A Reappraisal R Juneja, R Tandon. Department of Cardiology, All India Institute of Medical Sciences and Sitaram Bhartia Institute of Science and Research, New Delhi. www.g-i-n.net
2. Does rheumatic myocarditis really exists? Systematic study with echocardiography and cardiac troponin I blood levels. November 2002. kamblock@mail.pf

3. Хауэрд Свонтон, Раджеш К. Харбанда.. Диагностика и лечение миокардита. 19.09.2001. www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi
4. Наумов В.Г., Габрусенко С.А. Миокардиты в клинической практике. Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ. www.pdateam.ru/
5. Справочник терапевта. Глава II. Ревматические болезни. www.mail.ru

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

Острый нефритический синдром у детей

Код протокола:11-117г

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. выведение из острого состояния;
2. ликвидация азотемии;
3. олигоурии;
4. отеков;
5. судорог;
6. нормализация артериального давления;
7. уменьшение/исчезновение протеинурии, гематурии;
8. верификация диагноза.

Длительность лечения (дней): 18

Коды МКБ:

N00 Острый нефритический синдром

N00.0 Острый нефритический синдром, незначительные гломерулярные нарушения

N00.1 Острый нефритический синдром, очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения

N00.2 Острый нефритический синдром, диффузный мембранозный гломерулонефрит

N00.3 Острый нефритический синдром, диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит

N00.4 Острый нефритический синдром, диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

N00.5 Острый нефритический синдром, диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит

N00.6 Острый нефритический синдром, болезнь плотного осадка

N00.7 Острый нефритический синдром, диффузный серповидный гломерулонефрит

N00.8 Острый нефритический синдром, другие изменения

N00.9 Острый нефритический синдром, неуточненное изменение

Определение: Острый нефритический синдром (отеки, артериальная гипертензия, гематурия, протеинурия, азотемия) в большинстве случаев является проявлением острого гломерулонефрита, чаще развивающегося после инфекции, вызванной β -гемолитическим стрептококком или другими инфекциями. Имеет чаще циклическое обратное развитие

Классификация:

- 1) острый постинфекционный (постстрептококковый) гломерулонефрит;
 - с циклическим обратным развитием;
 - быстро прогрессирующее течение;
 - затяжное и хроническое течение;
- 2) острый нефритический синдром при системных заболеваниях (люпус-нефрит и др.);
- 3) по МКБ – морфологическая классификация.

Факторы риска:

- инфекция, вызванная β -гемолитическим стрептококком (ангина, фарингит, пиодермия, скарлатина и др.);
- другие инфекции;
- другие неспецифические факторы (лекарства, травма, аллергические реакции, охлаждение и др.);
- наследственная предрасположенность.

Поступление: плановое

Показания к госпитализации:

1. тяжесть состояния (олигурия, азотемия, высокая гипертензия, отеки);
2. осложнения (эклампсия, острая сердечная, почечная недостаточность);
- 2) для уточнения диагноза при затяжном течении

Необходимый объем исследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи.

Критерии диагностики:Анамнез и физикальное обследование:

Впервые возникший острый нефритический синдром (триада симптомов). Симптомы появляются через 1—4 нед. после стрептококковой (фарингит) или другой инфекции.

Моча цвета кофе, чая или имеет вид «мясных помоев» (гематурия); видимые изменения мочи могут отсутствовать при эритроцитурии (микрогематурии, которая выявляется при лабораторном исследовании); также типична умеренная протенурия — до 1-3 г/сут.

Отеки на лице, ногах, туловище, снижение диуреза.

АГ (жалобы на головную боль).

Левожелудочковая сердечная недостаточность (чаще всего гиперволемическая) — ортопноэ, тахипноэ, тахикардия, расширение границ сердца.

Тошнота, рвота, головная боль (гипертоническая энцефалопатия, отёк мозга).

Олигурия, анурия, боль в животе, боль в пояснице (ОПН).

Лихорадка (активность очаговой или острой инфекции, иммунокомплексного воспаления).

Очаги инфекции, проявления острого общего заболевания.

Лабораторные исследования:

Умеренные проявления иммунопатологического процесса: повышение СОЭ до 20-30 мм/ч, повышение титра антистрептококковых АТ (анти-стрептолизин-О, антистрептокиназа, антигиалуронидаза), гипокомplementемия за счёт С3-компонента и снижение общего криоглобулина.

Снижение СКФ, повышение концентрации в крови креатинина.

Общий анализ мочи: повышение удельного веса мочи; эритроциты — от единичных в поле зрения до покрывающих всё поле зрения; цилиндры (чаще гиалиновые).

Протеинурия минимальная или умеренная (до 3 г/сут).

Уменьшение объёма суточной мочи, при возникновении ОПН — олигурия (менее 500 мл/сут) или анурия (менее 100 мл/сут).

При фарингите, ангине — мазок из зева с последующим бактериологическим исследованием.

Неспецифические показатели воспаления: повышены концентрации СРБ, сиаловых кислот, фибриногена, снижены — общего белка, альбуминов, повышено содержание α₂-глобулинов; возможна лёгкая анемия (за счёт гидремии).

Специальные исследования:

Биопсия с последующим патоморфологическим исследованием нефробиоптата позволяет выставить нозологический диагноз, проводят её по строгим показаниям: дифференциальная диагностика с хроническим гломерулонефритом, в том числе при системных заболеваниях соединительной ткани, быстро прогрессирующим гломерулонефритом. Для ОГН характерны следующие морфологические данные:

Картина диффузного пролиферативного эндокапиллярного гломерулонефрита.

Инфильтрация почечных клубочков нейтрофилами и моноцитами.

Электронно-плотные депозиты иммунных комплексов.

Экстракапиллярная пролиферация в некоторых клубочках, Отложения в петлях капилляров и мезангии IgG, компонента комплемента С3, реже — С1q и С4.

УЗИ почек: контуры гладкие, размеры не изменены или увеличены (при ОПН), эхогенность снижена.

ЭКГ при АГ выявляет перегрузку левого желудочка и возможные нарушения ритма.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи, суточная протеинурия;
3. Определение калия, натрия, хлора;
4. Определение кальция, фосфора;
5. Определение креатинина;
6. Определение глюкозы;
7. Определение общего белка, белковых фракций;
8. Фракции комплемента (С3, С4);
9. Иммуноглобулины А, G, М;
10. Определение С-реактивного белка;
11. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, фиб. активность плазмы, гематокрит);
12. Определение АСТ, АЛТ;
13. Анализ мочи по Зимницкому;
14. Осмотр глазного дна;
15. Определение мочевины, и остаточного азота;
16. УЗИ органов брюшной полости;
17. Консультация: отоларинголог;
18. Проба Реберга, Шварца;
19. Определение билирубина;
20. Тимоловая проба;
21. Определение антистрептолизина О (АСЛО);
22. Определение стрептокиназы;
23. Определение холестерина, липидных фракций;
24. Определение LE –клеток, АНА, рANCA, сANCA;
25. Измерение кислотно-основного состояния крови.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Мазок на профосмотре;
2. ИФА-анализ всех маркеров гепатита;
3. Консультация инфекциониста;
4. Бак посев мочи;
5. Биопсия почки с исследованием биоптата свет., имм-флюор., электр. микроскопией;
6. Обзорная рентгенография грудной клетки.

Тактика лечения:

Не медикаментозное лечение:

Режим постельный, затем полупостельный в течение 1-3 нед., при исчезновении отёков и нормализации АД — расширение режима.

Ограничение поваренной соли до 1-2 г/сут., жидкости (объём получаемой жидкости рассчитывают с учётом диуреза за предыдущий день + 300 мл), белка до 0,5-1 г/кг/сут. Исключают острые приправы, мясные, рыбные и овощные бульоны, подливки, крепкие кофе и чай, консервы.

Медикаментозное лечение:

Антибактериальное лечение проводят при наличии очага инфекции или острого инфекционного заболевания с целью устранения очага и эрадикации возбудителя.

При постстрептококковом ОГН (мазок из зева, повышение титра антистрептококковых АТ) — или бензилпенициллин по 0,5—1 млн ЕД 6 раз в сутки в/м 10 дней, или цефалексин по 750—500 мг 2 раза в сутки 10 дней (детям по 50 мг/кг/сут в два приёма 10 дней).

При синуситах, пневмонии препараты выбора (перечислены последовательно в соответствии с приоритетом выбора) — амоксициллин 500-750 мг внутрь 2 раза в сутки 5-7 дней, цефаклор в дозе 500 мг 2 раза в сутки 7 дней (детям 40 мг/ кг/сут в 2 приёма 7 дней).

При аллергии на β -лактамы антибиотики назначают ЛС из группы макролидов: эритромицин 250 мг 4 раза в сутки 10 дней, азитромицин 250-500 мг 1 раз в сутки 4 дня, спирамицин 150 мг 2 раза в сутки 7 дней.

Симптоматическое лечение:

При АГ — ингибиторы АПФ (фозиноприл, эналаприл 2,5-5-10 мг/сут.), блокаторы кальциевых каналов (недигидропиридинового ряда – верапамил 40 мг/сут.), диуретики.

При отёках и левожелудочковой недостаточности — диуретики (тиазиды, петлевые диуретики, антагонисты альдостерона).

Иммунодепрессанты и глюкокортикоиды при ОГН не используют; эффективность антигистаминных ЛС и препаратов кальция в контролируемых исследованиях не доказана.

Обучение пациента:

Контроль за балансом жидкости, соблюдение режима и диеты, самоконтроль АД.

Показания к консультации специалистов:

Ревматолог, гематолог — появление новых симптомов или признаков системного заболевания.

Дальнейшее ведение:

На поликлиническом этапе после выписки из стационара: соблюдение режима (устранение переохлаждений, стрессов, физических перегрузок), диеты; завершение лечения (санация очагов инфекции, антигипертензивная терапия) фитотерапия (отвары шиповника, черноплодной рябины – эффективность не доказана), диспансерное наблюдение в течение 5 лет (в первый год – ежеквартально измерение АД, анализ крови, мочи, определение содержания креатинина сыворотки крови и расчет СКФ по креатинину – проба Шварца).

Если консервативное лечение тонзиллита оказалось неэффективным, после консультации со специалистом проводят тонзилэктомию (эффективность не доказана), не ранее чем через 6 месяцев после обратного развития всех симптомов.

Прогноз:

Выздоровление в 85-90% случаев. При эпидемических постстрептококковых ОГН более 95% детей и взрослых клинически выздоравливают в течение 3-6 мес, при спорадических ОГН выздоравливают только 60% больных.

При остром постстрептококковом гломерулонефрите у 5-10% детей и 20 и более % у взрослых отмечается переход в хронический гломерулонефрит с постепенным развитием ХПН или в быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

Летальность невелика и связана в основном с осложнениями — кровоизлияниями в мозг, острой сердечной недостаточностью, инфекционными осложнениями и тромбозами при развитии ОПН.

Перечень основных медикаментов:

1. *Бензилпенициллин 500 000 ЕД, 1 000 000 ЕД порошок для инъекций во флаконе;
2. *Цефалексин 250 мг, 500 мг табл, капс; суспензия и сироп 125 мг, 250 мг/5 мл;
3. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.;
4. *Азитромицин 125 мг, 500 мг табл; 250 мг капс.;
5. *Спирамицин 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД, 750 тыс ЕД гранулы для суспензии; порошок для инфузий 1,5 млн ЕД;
6. *Фозиноприл 2,5 мг, 10 мг, табл.;
7. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг, табл.;
8. *Сиронолоктон 25 мг табл; 50 мг капс.;

Перечень дополнительных медикаментов:

1. * Ампициллин 500 мг, 1000 мг табл; 250 мг; 500 мг капсул;
2. * Амлодипин 5 мг, 10 мг, табл. ;
3. * Атенолол 25 мг, табл.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1-246.
2. Haematuria EBM Guidelines 26.8.2004
3. Glomerulonephritis CLINICAL PRACTICE GUIDELINES MOH Clinical Practice Guidelines 6/2001 <http://www.gov.sg/moh/pub/cpg/cpg.htm>
4. Hematuria. Philadelphia (PA): Intracorp; 2005. Various p.
5. Singapore Ministry of Health. Glomerulonephritis. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2001 Oct. 132 p
6. Glomerulonephritis EBM Guidelines 19.6.2004
7. Клинические рекомендации+фармакологический справочник: Под ред И.Н.Денисова, Ю.Л. Шевченко – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 1184 с.:ил. (серия «Доказательная Медицина»)

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

Пневмония у детей

Код протокола: 04-040a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. Купирование воспалительного процесса в легких.
2. Ликвидация симптомов ДН, общей интоксикации, лихорадки, восстановление экскурсии легких, исчезновение локальных физикальных данных в легких, кашля.

Длительность лечения: 21 день

Коды МКБ: J18 Пневмония без уточнения возбудителя

J15.6 Пневмония, вызванная другими аэробными грамотрицательными бактериями

J14 Пневмония, вызванная *Haemophilus influenzae* (палочкой Афаназьева-Пфейффера)

J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках

J13 Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae*

J15.0 Пневмония, вызванная *Klebsiella pneumoniae*

J15.9 Бактериальная пневмония неуточненная

J21 Острый бронхолит

J15.1 Пневмония, вызванная *Pseudomonas* (синегнойной палочкой)

J22 Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей неуточненная

J15.2 Пневмония, вызванная стафилококком

J15.4 Пневмония, вызванная другими стрептококками

J15.5 Пневмония, вызванная *Escherichia coli*

J15.7 Пневмония, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*

J15.8 Другие бактериальные пневмонии

J16.0 Пневмония, вызванная хламидиями

J17.2* Пневмония при микозах

J18.1 Долевая пневмония неуточненная

Определение: Пневмония - острое инфекционно-воспалительное заболевание паренхимы легких, клинически проявляющееся дыхательными расстройствами различной степени выраженности, лихорадкой, интоксикацией, характерными физикальными изменениями и рентгенологическими свидетельствами "свежих" очагово-инфильтративных изменений в легких.

Классификация:

1. по возникновению: внебольничная, внутрибольничная, внутриутробная (врожденная), постнатальная, у детей с иммунодефицитами, аспирационная у детей с энцефалопатиями
2. по форме: очаговая, очагово-сливная, сегментарная, крупозная, интерстициальная
3. по течению: острое, затяжное
4. по тяжести: нетяжелая, тяжелая и очень тяжелая
5. осложнения: дыхательная недостаточность I-III, легочные (плеврит, абсцесс, буллы, пневмоторакс, пиопневмоторакс) и внелегочные (токсикоз, нейротоксикоз, ОССН, ДВС, ОПН), отек легкого и ателектаз.

Факторы риска:

1. недоношенность;
2. выраженное нарушение питания;
3. иммунодефицитные состояния;
4. недавняя инфекция верхних дыхательных путей;

5. сопутствующие заболевания – кардиопульмонарные, иммунные нарушения, нейромаскулярные нарушения, врожденные аномалия развития;
6. недавняя госпитализация (последние 3 месяца);
7. инородное тело;
8. низкий социально-экономический статус;
9. табачный дым;
10. предпубертатный возраст.

Поступление: экстренное, плановое

Показания к госпитализации:

Плановой: тяжелые и затяжные формы пневмонии (более 10-12 недель);

Экстренной:

1. подозрение на инородное тело;
2. нарастание дыхательной недостаточности с втяжением нижней части грудной клетки и учащением дыхания;
3. тяжелый респираторный дистресс (явный дискомфорт при дыхании или затрудненное грудное вскармливание, затрудненный прием пищи и жидкости или затрудненная речь);
4. выраженный токсикоз (отказ от еды и питья, сосания груди, нарушения сознания, лихорадка более 5 дней);
5. судороги;
6. центральный цианоз;
7. стридор в покое (стеноз II-IV);
8. все дети в возрасте младше 2 месяцев.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. рентгенологическое исследование редко предоставляет информацию, которая может изменить тактику лечения. Однако рекомендуется для выявления осложнений (плеврального выпота, эмпиемы, пневмоторакса, пневматоцеле, интерстициальной пневмонии, перикардального выпота);
2. исследование функций внешнего дыхания, пульсоксиметрия – всем детям с тахипное или клинической гипоксией;
3. общий анализ крови (6 параметров);
4. общий анализ мочи;
5. ЭКГ;
6. кал на я/глистов.

Критерии диагностики:

1. кашель;
2. учащенное или затрудненное дыхание: до 2 месяцев ≥ 60 в минуту;
от 2 мес.-12 мес ≥ 50 в минуту;
от 12 мес до 5 лет ≥ 40 в минуту;
старше 5 лет более 28 в минуту;
3. втяжение нижней части грудной клетки;
4. лихорадка;
5. хрипящее дыхание (у младенцев);
6. аускультативные признаки (ослабленное или бронхиальное дыхание, хрипы, шум трения плевры, нарушение голосового резонанса).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Кал на я/глистов.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенологическое исследование (по показаниям);
2. Исследование функций внешнего дыхания, пульсоксиметрия – всем детям с тахипноей или клинической гипоксией (по показаниям);
3. Холодовые агглютинины для верификации *M. Pneumoniae* (по показаниям);
4. Исследование на хламидиоз, грибы рода Кандида с изучением морфологии (по показаниям);
5. Бронхоскопия (по показаниям);
6. Компьютерная томография ЭКГ (по показаниям);
7. Чувствительности микробов к антибиотикам (по показаниям);
8. У детей старше 2 лет исследование на *Mycoplasma IgM* (по показаниям).

Тактика лечения:

Антибиотики не рекомендуются использовать при вирусной пневмонии или для профилактики бактериальной пневмонии.

Общие мероприятия:

Адекватная гидратация (обильное теплое питье) и питание,

Купирование лихорадки ($\geq 38,5$): парацетамол 10-15 мг/кг до 4 раз в день,

Адекватная оксигенотерапия больных с любым проявлением дыхательной недостаточности (например, втяжение грудной клетки, учащение дыхания ≥ 70 в минуту).

Не рекомендуется использовать противокашлевые препараты (средства подавляющие кашель)

При наличии астмоидного дыхания – бронхолитическая терапия (например, сальбутамол в возрастной дозировке 3-4 раза в день в течение 5 дней). Предпочтение отдается ингаляционным формам.

Антибактериальные препараты:

А. При пневмонии, вызванной бактериальной флорой антибактериальная терапия назначается с учетом чувствительности выделенного микроба. Замена на альтернативный препарат проводится на основании бактериологических данных или эмпирически при отсутствии эффекта от препарата первого выбора в течение 48 часов. При тяжелых формах – внутривенное или внутримышечное введение препаратов.

Б. При пневмонии, вызванной хламидиями, препаратами выбора являются антибиотики класса макролидов (азитромицин, эритромицин, ровамицин).

В. При пневмонии, вызванной цитомегаловирусом, препаратом выбора является специфический антицитомегаловирусный иммуноглобулин.

Г. При пневмониях, вызванных вирусом простого герпеса, препаратом выбора являются - ацикловир.

Д. При пневмоцистной пневмонии препаратом выбора является котримаксазол в высоких дозах (8 мг/кг триметоприма и 40 мг/кг сульфаметоксазола в/в каждые 8 часов или орально 3 раза в день) в течение 3 недель.

Е. При пневмонии грибковой этиологии: итраконазол 5 мг/кг/день в течение 14 дней *или* амфотерицин Б (0.5 мг/кг/доза 1 раз в день в/в в течение 10-14 дней)

Тяжелая пневмония:

- До получения результатов бактериологического обследования назначается ампициллин в/м (100-400/кг/сутки каждые 6-8 часов). При установлении (высеве) возбудителя антибиотики меняются согласно чувствительности к ним возбудителя.
- После улучшения состояния ребенка необходимо перейти на оральный амоксициллин (15 мг/кг каждые 8 часов) *или* амоксициллин + клавулановая кислота (20-40 мг/кг 3 раза в день перорально).
- Если лечение не приносит ожидаемого результата в течение 48 часов или состояние ребенка ухудшается, смена препарата на цефалоспорины II-III поколения или макролиды. Например,

цефотаксим (50 мг/кг каждые 6 часов), цефтриаксон (80 мг/кг/день), цефалексин (12.5 мг/кг 4 раза в день перорально), цефуроксим (100 мг/кг/сутки) или ровамицин (150 000 МЕ/кг разделенный на 2 приема перорально).

- Если состояние ребенка не улучшается в течение 48 часов или ухудшается, препарат меняется на хлорамфеникол (25мг/кг каждые 8 часов в/м или в/в) до улучшения состояния. Затем орально в течение 10 дней – полный курс лечения.
- Если ребенок получил инфекцию в стационаре или была обнаружена инфекция *Staphylococcus aureus* и/или есть признаки тяжелой стафилококковой инфекции (например, обширная кожная инфекция, абсцессы или инфильтрация мягких тканей) введите клоксациллин (в/м или в/в 50 мг/кг каждые 6-8 часов) и гентамицин в/м (7,5 мг/кг один раз в сутки). После улучшения состояния ребенка продолжайте лечение с помощью орального клоксациллина 4 раза в день в общей сложности в течение 3 недель.

Очень тяжелая пневмония

Кашель или затрудненное дыхание в сочетании, по крайней мере, с одним из следующих признаков свидетельствует об *очень тяжелой пневмонии*: центральный цианоз, ребенок не может сосать грудь или пить или рвота после любой пищи или питья, судороги, нарушения сознания, тяжелый респираторный дистресс. Дополнительно могут присутствовать другие клинические признаки пневмонии. Необходимо провести рентгенологическое исследование для выявления плеврального выпота, эмпиемы, пневмоторакса, пневматоцеле, интерстициальной пневмонии и перикардального выпота.

Тактика лечения:

- Хлорамфеникол* (25 мг/кг в/м или в/в каждые 8 часов) до улучшения состояния. Затем орально 4 раза в день в течение 10 дней – полный курс лечения.
- *или* ампициллин* (100-400/кг/сутки в/м или в/в дробно) + гентамицин (7.5 мг/кг в/м 1 раз в день) в течение 10 дней;
- *или* цефалоспорины II – III поколения (цефотаксим* 50мг/г каждые 6 часов, цефтриаксон* 80 мг/кг/день, цефалексин* 12.5 мг/кг 4 раза в день перорально) + гентамицин* (7.5 мг/кг в/м 1 раз в день) в течение 10 дней;
- *или макролиды* (азитромицин* 10мг на кг 1 день, 5мг на кг в день последующие 4 дня перорально; эритромицин *– 12.5 мг/кг 4 раза в день в течение 3 дней перорально, ровамицин* 150 000 МЕ/кг разделенный на 2 приема перорально + гентамицин* (7.5 мг/кг в/м 1 раз в день) в течение 10 дней;
- Если состояние ребенка не улучшается в течение 48 часов или ухудшается поменяйте препарат на гентамицин* (7.5 мг/кг в/м 1 раз в день) + клоксациллин* (50 мг/кг в/м или в/в каждые 6 часов). После улучшения состояния клоксациллин* орально 4 раза в день в течение 3 недель – полный курс лечения
- Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг\кг\день, детям старше 5 лет

Перечень основных медикаментов:

1. *Парацетамол 200 мг, 500 мг табл.; сироп 2,4% во флаконе; суппозитории 80 мг;
2. *Азитромицин 125 мг, 500 мг табл.; капсула 250 мг; раствор для инфузий во флаконе 200 мг/100 мл;
3. *Эритромици 250 мг, 500 мг табл.; пероральная суспензия 250 мг/5 мл;
4. Ровамицин 150 000 МЕ/кг;
5. *Ампициллин 250 мг, табл.; 250-500 мг, капсула; порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг-1000 мг; суспензия 125/5 мл во флаконе;
6. *Амоксициллин 500-1000 мг, табл.; 250-500 мг, капсула; 250 мг/5 мл, пероральная суспензия;

7. *Амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг, таблетка; 600 мг, раствор для инъекций во флаконе;
8. *Сальбутамол 100 мкг/доза аэрозоль; 2 мг, 4 мг табл.; раствор для небулайзера 20 мл;
9. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1000 мг порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе;
10. *Цефалексин 250-500 мг, табл., 125 мг, 250 мг/5 мл суспензия и сироп;
11. *Цефутоксим 250 мг, 500 мг табл.; 750 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе;
12. *Гентамицин 40 мг/мл, 80 мг/2 мл амп.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Клоксациллин 500 мг, табл.;
2. Специфический антицитомегаловирусный иммуноглобулин 5 мг/мл;
3. Ацикловир 200, 800 мг, табл.;
4. *Сульфаметоксозол + триметоприм 480 мг/5 мл, амп.; 120 мг, 480 мг, табл.;
5. Фаметоксозол 480 мг/5мл, амп; 500 мг, табл.;
6. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.
7. *Амфотерицин Б 50 мг порошок для приготовления инъекционного раствора;
8. *Хлорамфеникол 250 мг, капс.; 500 мг, табл.; 1000 мг порошок для приготовления инъекционного раствора;
9. Цефотаксим 500 мг, табл.;

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Guidelines for Preventing Health-Care–Associated Pneumonia, 2003, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection, Control Practices Advisory Committee, Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports March 26, 2004 / Vol. 53 / No. RR-3
2. Evidence Based Clinical Practice Guideline For Infection Prophylaxis - PCP Guideline 15, Health Policy & Clinical Effectiveness, Evidence Based Clinical Practice Guideline, Pneumocystis Carinii Pneumonia Prophylaxis following Solid Organ or Blood & Marrow Transplants Publication Date: 01-12-01
3. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing invasive pneumococcal disease and pneumonia in children under two years of age, Evidence Summaries, 17.1.2005
4. Pneumonia, EBM Guidelines, 11.6.2004
5. Treatment of pneumonia in children, EBM Guidelines, 03.05.2000
6. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2003
7. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. Москва, Медиа Сфера, 2004.
8. Клинические рекомендации для практикующих врачей, 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, 2003. – 1248с.

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

Пропалс митрального клапана у детей

Код протокола: 05-050ж

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

Купирование вегетативного криза, стабилизация деятельности сердечно-сосудистой системы, нормализация артериального давления, сердечного ритма, коррекция психовегетативного статуса.

Длительность лечения (дней): 20

Коды МКБ:

G24 Дистония

I34.1 Пропалс (пролабирование) митрального клапана

Определение: пропалс митрального клапана – патологическое провисание (прогибание) одной или обеих створок митрального клапана в левое предсердие вовремя систолы левого желудочка, поражения клапанно-подклапанного аппарата митрального клапана, что вызывает характерную аускультативную картину-систолического щелчка и/или систолического шума.

Классификация:

1. идиопатические;
2. вторичные (ДСТ, ДЗСТ, болезни накопления, ВПС, кардиомиопатии, ВСД).

По данным УЗИ сердца:

По степени пролабирования:

- 1 степени- пролабирование 4-6 мм;
- 2 степени – пролабирование 6-10 мм;
- 3 степени – пролабирование более 10 мм.

По наличию митральной регургитации:

1. без регургитации в покое;
2. с регургитацией 1,2,3 степени.

По степени сердечной недостаточности:

0, I, II, III.

Факторы риска:

1. наследственная предрасположенность;
2. миксоматозные изменения;
3. ДСТС;
4. Микроаномалии клапанно-подклапанного аппарата;
5. ВСД, нейроэндокринный синдром.

Поступление: плановое.

Показания для госпитализации:

1. НК 1-2-3 степени;
2. вегетативные пароксизмы;
3. коллаптоидные и синкопальные состояния;
4. стойкое или частое повышение или снижение артериального давления;
5. нарушения ритма и проводимости сердца.

Необходимый объем исследований перед плановой госпитализацией:

1. ЭхоКГ;
2. ЭКГ;
3. консультация кардиоревматолога.

Критерии диагностики:

Диагностические критерии (Фремингемского исследования, 1986 г.)

Главные

1. аускультативные - средне-позднесистолические щелчки в сочетании с позднесистолическим шумом, средне-позднесистолические щелчки на верхушке, изолированный позднесистолический шум на верхушке;
2. аускультация в сочетании с эхокардиографией- голосистолический шум митральной регургитации и соответствующий эхокардиографический критерий;
3. эхокардиографические - смещение септальных створок в систолу за точку коаптации, в проекции длинной оси левого желудочка и в четырехкамерной проекции при верхушечном доступе, позднесистолическое пролабирование более 3 мм.

Дополнительные:

1. анамнестические- невротические проявления, психоэмоциональная нестабильность, наличие пролапса митрального клапана у лиц 1 степени родства;
2. аускультативные- непостоянные средне-позднесистолические щелчки на верхушке;
3. клинические – низкая масса тела, астеническое телосложение, признаки диспластического развития;
4. рентгенографические – малые размеры сердца, выбухание дуги легочной артерии;
5. эхокардиографические – позднесистолический пролапс (2 мм), голосистолический пролапс (3 мм) в сочетании с двухмерными критериями; систолическое прогибание створок за линию коаптации в четырехкамерной проекции.

Неспецифические:

1. клинические – боли в грудной клетке, слабость, головокружение, одышка, сердцебиение, приступы страха;
2. электрокардиографические- изолированная инверсия зубцов Т в отведениях II, III, aVF либо в сочетании с инверсией в левых грудных отведениях;
3. эхокардиографические- изолированное умеренное систолическое прогибание митральных створок (до 3 мм) в четырехкамерной проекции;
4. холтеровское мониторирование- предсердные и желудочковые экстрасистолы, приступы суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Электрокардиография;
3. Холтеровское мониторирование ЭКГ;
4. Эхокардиография, с доплеровским исследованием;
5. Кардиоинтервалография, исследование вегетативного статуса;
6. Рентгенография грудной клетки (одна проекция);
7. Реоэнцефалография;
8. УЗИ брюшной полости;
9. Определения калия /натрия в крови;
10. Общий анализ мочи;
11. Консультация невропатолога;
12. Консультация отоларинголога;
13. Консультация стоматолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Стресс-эхокардиография;
2. Чрезпищеводная эхокардиография;
3. Велоэргометрия;
4. УЗИ сосудов;
5. Определение содержания магния в крови;
6. Электроэнцефалография;

7. Эхоэнцефалография;
8. Эзофагогастроскопия;
9. Консультация психолога;
10. Консультация кардиохирурга;
11. Консультация окулиста;
12. Определение функции адгезии и агрегации тромбоцитов;
13. Коагулограмма;
14. Определение лактатдегидрогеназы, креатининфосфокиназы;
15. Посев биологических жидкостей с отбором колоний;
16. Определение чувствительности к антибиотикам.
17. Осмотр глазного дна;
18. Определение антистрептолизина –О;
19. Определение С-реактивного белка;
20. Определение общего белка;
21. Определение белковых фракций;
22. Определение сиаловой пробы;
23. Определение электролитов - калий,натрий;
24. Иммунограмма;
25. Определение тимоловой пробы;
26. Определение АЛТ;
27. Определение АСТ;
28. Определение билирубина.

Тактика лечения:

1. Соблюдение режима дня, достаточный сон.
2. Психотерапия, ауто-тренинг, массаж шейно-воротниковой зоны, физиолечение - электрофорез с магнием и бромом на шейно-воротниковую зону, электросон.
3. Санация хронических очагов инфекции, ЛОР-патологии.
4. Препараты улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение, седативные средства, психофармакотерапия (по показаниям) настой пустырника, экстракт валерианы, диазепам* 2,5-15 мг в сутки в 2-3 приема; пантогам 250 мг 3 г/сут, пирацетам* 200-400 мг 2 раза в сутки, глутаминовая кислота 0,5-1,0 г в сутки, глицин 100 мг 3 раза в сутки, фенибут 0,15-0,25 г. 3 раза в день, комплекс витаминов группы В для приема внутрь по 1 таб. 2-3 раза в день, циннаризин* по 50-75 мг в сутки, винпоцетин* по 10-15 мг в сутки, тофизолам 50-100 мг в сутки в 2 приема, азафен 25-75 мг в сутки.
5. Кардиометаболические препараты (по показаниям) – карнитина хлорид 75-100 мг в сутки, депротеинизированный гемодериват из телячьей крови* 200-400-800 мг/сут в/в или в/м, инозин 0,4-0,8 г. в сутки, кокарбоксилазы гидрохлорид 0,025 -0,05 -0,1 г. в/м или в/в -1 раз в день, калия оротат 10-20 мг/кг/сут, в 3 приема; магния оротат по 1 таб-3 раза в день; препараты калия 1-3 таблетки в сутки, Одновременно назначать не более 2 препаратов кардиометаболического ряда с последующей заменой препаратов.
6. Антибактериальная терапия (по показаниям) – амоксициллин* по 0,125-0,5 г 3 раза в день 10 дней, амоксициллин/клавуланат* 1,875 г в 3 приема 10 дней; эритромицин* 30-50 мг/кг/сут в 4 приема; цефазолин* по 50-100 мг/кг/сут.
7. При выраженных симптомах вегетативной дисфункции (по показаниям) при симпатикотонии - в-адреноблокаторы - пропранолол* 0,25-0,5 мг/кг/сут в 3 приема или атенолол* 50-100 мг в сутки однократно, при выраженной ваготонии- препараты красавки 0,2-0,3 г в сутки, мидодрин по 3-7 кап.-2 раза в день.
8. Антиаритмические препараты различных групп по показаниям – амиодарон* 5-9 мг/кг/сут в 3 приема, лидокаин* 1-2 мг/кг однократно в/в, верапамил* 1-3 мг/кг/сут. в 2-3 приема,

аденозина фосфат* 50 мкг/кг однократно в/в.

9. При развитии митральной недостаточности с проявлениями недостаточности кровообращения - кардиотонические средства: сердечные гликозиды при недостаточности кровообращения II-ой и более степени дигоксин* в поддерживающей дозе 0,008-0,01 мг/кг/сут в 2 приема через 12 часов; фуросемид* 1-3 мг/кг/сут. в 3 приема с переходом на спиронолактон * 2-4 мг/кг/сут.; ингибиторы АПФ – каптоприл 0,3-1,5 мг/кг/сут в 3 приема или эналаприл* 2,5-20 мг/сут в 2 приема.

Перечень основных медикаментов:

1. *Диазепам 2 мг, 5 мг, табл.;
2. Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи раствор 5, 10 и 20 мл для инъекций;
3. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг, раствор для инъекций; 40 мг/мл 10%, 20% раствор для инфузий;
4. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.; 250 мг; 500 мг, капс.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
5. *Амоксициллин/клавуланат 625 мг, табл.; 600 мг, во флаконе, раствор для инъекций;
6. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
7. *Цефазолин 1000 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора;
8. *Пропранолол 40 мг, табл.;
9. *Амиодарон 200 мг, табл.; 150 мг/3 мл, амп.;
10. *Лидокаин, 1%, 2%, 10% (гидрохлорид) 2 мл, 10 мл, раствор для инъекций;
11. *Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл.; 0,025% 1 мл, амп.;
12. *Фуросемид 40 мг, табл.; 20 мг/2 мл, амп.;
13. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг, табл.; 1,25 мг/1 мл, амп.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Настой пустырника, экстракт валерианы 30 мл;
2. *Винпоцетин 5 мг, 10 мг, табл.; 2 мл, амп.;
3. Кокарбоксилазы гидрохлорид 50 мг, амп.;
4. *Атенолол 50 мг, 100 мг табл.;
5. *Верапамил 40 мг, 80 мг, табл.;
6. *Аденозина фосфат 1% 1 мл, раствор;
7. *Спиронолактон 25 мг, 50 мг табл.

Критерии перехода на следующий этап лечения - поликлиника:

на амбулаторный этап лечения:

1. стабилизация сердечно-сосудистой деятельности
2. купирование вегетативных пароксизмов,
3. стабилизация артериального давления,
4. нормализация ритма сердца,
5. коррекция психовегетативного статуса

в кардиохирургический стационар:

1. разрыв хорды,
2. прогрессирование сердечной недостаточности,
3. присоединение бактериального эндокардита, некурабельного антибиотиками.

Литература, использованная при подготовке протокола

- 1 Клинические рекомендации+фармакологический справочник: Под ред И.Н.Денисова, Ю.Л. Шевченко – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 1184 с.:ил. (серия «Доказательная Медицина»)
2. ACC/AHA/ASE 2003 Guideline Update for the Clinical Application of Echocardiography A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice

Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelines for the Clinical Application of Echocardiography)

3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network A National Clinical Guideline Antithrombotic Therapy March 1999

4. Management of Patients With Valvular Heart Disease A Report of the American College ACC/AHA Pocket Guidelines A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines July 2000

5. Mitral Valve Prolapse: Time for a Fresh Look. *Reviews in Cardiovascular Medicine* 2001; 2(2): 73-81. Guidelines: <https://www.americanheart.org>

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

Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца у детей

Код протокола: 05-050a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. достижение клинико-лабораторной ремиссии;
2. уменьшение (купирование) симптомов недостаточности кровообращения;
- 3 стабилизация гемодинамики, нормализация сердечного ритма;
4. полное обратное развитие лабораторных показателей активности.

Длительность лечения (дней): 30

Код МКБ:

I01.1 Острый ревматический эндокардит

I01.2 Острый ревматический миокардит

I01.0 Острый ревматический перикардит

Определение: Острая ревматическая лихорадка – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, формирующееся после острой носоглоточной инфекции β -гемолитическим стрептококком группы А, у предрасположенных к нему лиц, в основном у детей 7 – 15 лет.

Классификация:

- 1.ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца;
2. ревматическая лихорадка с вовлечением сердца;
3. ревматическая хорея.

Фаза:

- активная: активность I, II, III;
- неактивная.

Клинико-анатомическая характеристика поражений сердца и других органов и систем:

- ревмокардит первичный без порока клапана;
- ревмокардит возвратный с пороком сердца (каким) ;
- ревматизм без явных изменений со стороны сердца;
- Миокардиосклероз ревматический (неактивная фаза) ;
- Порок сердца (неактивная фаза);
- Полиартрит;
- Серозиты (плеврит, перитонит, абдоминальный синдром);
- Хорея, энцефалит, менингоэнцефалит, церебральный васкулит, нервно-психический расстройства;
- Васкулит, нефриты, гепатит, пневмония, поражение кожи, ирит, иридоциклит, тиреоидит.

Характер течения:

- острое;
- подострое;
- затяжное;
- непрерывно-рецидивирующее;
- латентное.

Функциональная характеристика кровообращения:

- недостаточности кровообращения нет;
- недостаточность кровообращения I степени;
- недостаточность кровообращения IIА степени;
- недостаточность кровообращения IIБ степени;
- недостаточность кровообращения III степени.

Факторы риска:

1. острая носоглоточная инфекция, вызванная бета-гемолитическим стрептококком группы А;
2. генетическая предрасположенность

Поступление: плановое, экстренное

Показания для госпитализации:

1. активность ревматического процесса любой степени;
2. ревматические пороки клапанов сердца и связанные с ними нарушения ритма сердца;
3. нарушение кровообращения II- III степени ревматического генеза.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. ЭКГ;
3. Консультация кардиоревматолога;
4. Рентгенография грудной клетки;
5. ЭхоКГ.

Критерии диагностики:

Международные критерии для диагностики острой ревматической лихорадки:

Большие критерии:

- кардит;
- полиартрит;
- хорея;
- кольцевидная эритема;
- подкожные ревматические узелки.

Малые критерии:

1. Клинические:
 - лихорадка;
 - артралгии;
 - ревматизм в анамнезе.
2. Лабораторные:
 - Повышенные реактанты острой фазы (повышение СОЭ, С-реактивного белка) ;
 - Удлинение интервала P-R.

Данные подтверждающие предшествовавшую А- стрептококковую инфекцию:

- повышенный титр противострептококковых антител (АСЛ-О и др.) ;
- высеивание из зева стрептококка группы А;
- недавно перенесенная скарлатина;

Наличие двух больших или одного большого и двух малых критериев указывает на высокую вероятность ревматизма. Однако для окончательного решения вопроса о диагнозе ревматизм необходимы данные подтверждающие стрептококковую инфекцию.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Электрокардиография;
2. Эхокардиография;
3. Рентгенография грудной клетки (одна проекция);
4. УЗИ органов брюшной полости;
5. Общий анализ крови (6 параметров);
6. Определение антистрептолизина –О;
7. Определение С-реактивного белка;
8. Определение общего белка;
9. Определение белковых фракций;
10. Определение сиаловой пробы;
11. Определение электролитов- калий,натрий;
12. Иммунограмма;

13. Общий анализ мочи;
14. Посев биологических жидкостей с отбором колоний;
15. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам;
16. Определение тимоловой пробы;
17. Определение АЛТ;
18. Определение АСТ;
19. Определение билирубина;
20. Определение мочевины;
21. Определение креатинина;
22. Определение глюкозы;
23. Консультация отоларинголога;
24. Консультация стоматолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Эзофагогастроскопия;
2. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру;
3. Рентгенография сердца в проекциях с контрастированием пищевода;
4. УЗИ сосудов;
5. Коагулограмма;
6. Определение дефиниламиновой пробы;
7. Определение антистрептокиназы;
8. Определение антистрептогалактуронидазы;
9. Определение антидезоксирибонуклеазы В;
10. Компьютерная томография головного мозга;
11. Электроэнцефалография;
12. Определение в крови кардиоспецифических фракций изоферментов лактатдегидрогеназы, малатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы;
13. Исследование выпотной жидкости, экссудатов и транссудатов;
14. Анализ моча по – Нечипоренко;
15. Анализ мочи по- Зимницкому;
16. Консультация кардиохирурга;
17. Консультация окулиста;
18. Консультация невропатолога.

Тактика лечения:

1. Постельный режим на 2-3 недели (в зависимости от тяжести кардита).
2. Антибактериальная терапия: направлена на эрадикацию β -гемолитического стрептококка группы А и осуществляется бензилпенициллином* в 50 000-100 000 ЕД/кг/сут. в течение 10 – 14 дней, феноксиметилпенициллин 40/мг/кг/сут в 3 приема 10 дней, амоксициллин* по 0,125-0,5 г 3 раза в день 10 дней, амоксициллин/клавуланат* 1,875 г в 3 приема 10 дней; случаях непереносимости препаратов пенициллина показано назначение одного из антибиотиков: эритромицин* 0,4-1,0 г в сутки в 4 приема 10 дней, азитромицин* 10 мг/кг 1 раз в день, курсом 3 дня, спирамицин* 1,5-9,0 млн. МЕ в сутки 10 дней, рокситромицин 5 мг/кг/сут в 2 приема 10 дней, кларитромицин* 15/мг/кг/сут. в 2 приема 10 дней, цефазолин* 20-50-100 мг/кг/сут, цефалексин* 50-100 мг/кг/сут. в 4 приема 10-14 дней; цефуроксим* по 50-100 мг/кг/сут. 3-4 раза в сутки 10-14 дней; цефтриаксон* 50-100 мг/кг/сут.
После курса антибактериальной терапии назначается бициллин-5 в дозе 600 000-1 200 000 ЕД- 1 раз в месяц или экстенциллин в той же дозе..
3. Патогенетическое лечение ОРЛ заключается в применении глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов: преднизолон* назначают в суточной дозе 1-2 мг на кг (20 – 30- 60 мг) до достижения терапевтического эффекта, как правило, в течение 2 -3

нед, с последующим снижением дозы (2,5 мг каждые 5 – 7 дней) вплоть до полной отмены; нестероидные противовоспалительные препараты ацетилсалициловая кислота* 60-100 мг на кг, но не более 2,0 гр. в сутки, или индометацин 2-2,5-3 мг/кг/сут., или диклофенак* 2-3 мг/кг/сут., или ибупрофен* 30-40 мг/кг/сут., или напроксен 10-20 мг/кг/сут., или нимесулид 5 мг/кг/сут.

4. Иммуномодулирующая терапия: хингамин* 4 мг/кг/сут (но не более 250 мг в сутки) – 1 раз в сутки (на ночь); гидроксихлорохин (плаквенил) в дозе 8 мг./кг/сут (но не более 400 мг в сутки) – 1 раз в сутки (на ночь), курсом не менее 6 – 8 месяцев.

5. При наличии симптомов недостаточности кровообращения в план лечения включают сердечные гликозиды и диуретики: сердечные гликозиды – дигоксин* в поддерживающей дозе 0,008-0,01 мг/кг/сут в 2 приема; диуретики: фуросемид* 1-3 мг/кг/сут в 3 приема с переходом на или спиронолактон* 3,3 мг/кг/сут в 2-3 приема.

6. Противоаритмические препараты по показаниям: пропранолол* 0,25-0,5 мг/кг/сут в 3 приема или атенолол* 50-100 мг в сутки однократно или амиодарон* 5-9 мг/кг/сут в 3 приема.

7. Ингибиторы АПФ: эналаприл* 2,5-5-10 мг/сут в 2 приема или каптоприл (доза подбирается индивидуально) 0,3-1,0 мг/кг/сут в 3 приема.

8. Кардиометаболические препараты – поляризующую смесь (10% р-р глюкозы по 10-15 мг на 1 кг, 1 ЕД инсулина на 3 гр. вводимого сахара, панангин 1,0 мл. на 1 год жизни), карнитина хлорид 20% р-р, по 10-40 капль – 3 раза в день, депротеинизированный гемодериват из телячьей крови* 200-400-800 мг/сут в/в или в/м, инозин 0,4-0,8 г. в сутки, кокарбоксилазы гидрохлорид 0,025 -0,05 -0,1 г. в/м или в/в -1 раз в день. Одновременно назначать не более 2 препаратов кардиометаболического ряда с последующей заменой препаратов.

9. Микроэлементы, витамины и препараты других групп–препараты калия (панангин, аспаркам) 1-3 таблетки в сутки, аскорбиновая кислота* 0,05-0,250 г/сут, токоферола ацетат* 50-100 мг/сут, эссенциале по 1-2 капс. 3 раза в день, комбинированный препарат содержащий гидроокись алюминия и окись магния* 2,0-5 мл 4 раза в день; препараты для стимуляции функции надпочечников: этимизол по 0,1 г 2-3 раза в день, глицирам 0,025-0,05 г 2-3 раза в день.

10. При наличии хореи дополнительно назначается: фенобарбитал* по 10-50 мг 2-3 раза в сутки, диазепам* 2,5-15 мг в сутки в 2-3 приема, препараты брома - бромид натрия 0,1-0,5 г. 3-4 раза в день, бромкамфора 0,15-0,25 г. 2-3 раза в день, фенибут 0,15-0,25 г. 3 раза в день, комплекс витаминов группы В для приема внутрь по 1 таб. 2-3 раза в день, физиолечение- электросон, электрофорез с бром-папаверином на шейно-воротниковую зону.

11. Санация очагов инфекции- стоматолог, отоларинголог.

Перечень основных медикаментов:

1. *Бензилпенициллином 500 000 ЕД, 1 000 000 ЕД, во флаконе, порошок для инъекций;
2. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.; 250 мг; 500 мг, капс.; 250 мг/5 мл, пероральная суспензия;
3. *Амоксициллин/клавуланат 625 мг, табл.; 600 мг, во флаконе, раствор для инъекций;
4. *Спирамицин 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД, 750 тыс ЕД гранулы для суспензии; 1,5 млн ЕД, порошок для инфузий;
5. *Цефазолин 1000 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора;
6. *Цефалексин 250 мг, 500 мг, табл., капс.; 125 мг, 250 мг/5 мл, суспензия и сироп;
7. *Цефуросим 250 мг, 500 мг, табл.; 750 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе;
8. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1 000 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
9. *Преднизолон 5 мг, табл.;
10. **Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 250 мг, 325 мг, 500 мг, табл.;

11. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; 250 мг/5 мл, пероральная суспензия;
12. *Азитромицин 125 мг, 500 мг, табл.; 250 мг капсул.; 200 мг/100 мл во флаконе раствор для инфузий;
13. *Дигоксин 2,5 мкг, 250 мкг, табл.; 0,025% 1 мл амп.;
15. *Фуросемид 40 мг табл.; 20 мг/2мл амп.;
16. *Пропранолол 0,1% 10 мл раствор;
17. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг табл.; 1,25 мг/1 мл амп.;
18. *Глюкоза 5%, 10% 400 мл, 500 мл во флаконе раствор для инфузий; раствор 40% 5 мл, 10 мл амп.;
19. Панангин 1,0 мл амп.;
20. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг раствор для инъекций; 10%, 20% 40 мг/мл раствор для инфузий.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Феноксиметилпенициллин 500 мг табл.;
2. Рокситромицин 50 мг табл.;
3. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл.;
4. Бициллин-5 600000-1200000 ЕД;
5. Индометацин 25 мг табл.;
6. *Диклофенак 25 мг, 100 мг, 150 мг табл.; 75 мг/3 мл раствор для инъекций; 50 мг суппозитории ректальные; 100 мг мазь;
7. *Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл.;
8. Напроксен 250 мг, табл.;
9. Нимесулид 500 мг табл.;
10. Гидроксихлорохин (плаквенил) 200 мг табл.;
11. *Спиронолактон 25 мг, 50 мг табл.;
12. *Атенолол 50 мг, 100 мг табл.;
14. *Амиодарон 200 мг табл., 150 мг/3 мл амп.;
15. Каптоприл 50 мг табл.;
16. Инозин 400 мг раствор для инъекций;
20. Кокарбоксылазы гидрохлорид 50 мг, амп.;
21. *Токоферола ацетат 1 мл 5%, 10%, 30% масляный раствор в амп.; 50% масляный раствор капсул.;
22. * Гидроокись алюминия и окись магния суспензия для приема внутрь таблетки;
23. Глицирам 250 мг, 500 мг табл.;
24. Фенобарбитал 500 мг табл.;
25. Бромид натрия 50 мг табл.;
26. *Диазепам 2 мг, 5 мг, табл.;
27. Экстенциллин 600000-1200000 ЕД;
28. Витамины группы В 10 мг табл.; 5% 1 мл амп.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Снижение (купирование) клинических признаков активности ревматического процесса, полное обратное развитие лабораторных показателей активности, уменьшение симптомов сердечно-сосудистой недостаточности со стабилизацией гемодинамики являются критериями перехода на амбулаторный этап лечения, санатории.

Нарастание симптомов сердечно-сосудистой недостаточности, возникновение жизнеугрожаемых аритмий - перевод в ОРИТ для проведения интенсивной терапии

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. NHG Practice Guideline. Acute sore throat. May 1999. www.clinicalevidence.com

2. Лыскина Г.А., Шишов А.Я. Ревматизм у детей: современное состояние проблемы. ММА им. И.М. Сеченова. 2002 г. www.mail.ru
3. Березняков И.Г. Диагностика, антибактериальная терапия и профилактика ревматизма (острой ревматической лихорадки). www.mail.ru
4. Divisione di Cardiologia Ospedale V. Cervello, Palermo. Le endocarditi infettive: approccio diagnostico e terapeutico. www.g-i-n.net

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

Ревматоидный артрит

Код протокола: 05-050a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа: снижение (купирование) активности процесса, нормализация температуры тела, регрессия островоспалительных изменений суставов, висцеральных изменений, снижение СОЭ, уменьшение утренней скованности, улучшение функциональной активности суставов.

Длительность лечения (дней): 25

Коды МКБ: M05 Серопозитивный ревматоидный артрит

M06 Другие ревматоидные артриты

M08 Юношеский (ювенильный) артрит

Определение: **Ювенильный ревматоидный артрит** - это системное заболевание соединительной ткани, клинически проявляющееся прогрессирующим поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита и сочетающееся у ряда больных выраженными внесуставными проявлениями.

Классификация:

Клинико-анатомическая характеристика:

1. преимущественно суставная форма (с поражением или без поражения глаз): моноартрит, олигоартрит (2-3 сустава), полиартрит;
2. суставно-висцеральная форма: с ограниченными висцеритами (поражение ретикулоэндотелиальной системы, сердца, сосудов, почек, легких, серозных оболочек, кожи, глаз, амилоидоз внутренних органов), синдром Стилла, аллергосептический синдром (Висслера-Фанкони). ;
3. ревматоидный артрит в сочетании с:
 - ревматизмом;
 - диффузными заболеваниями соединительной ткани.

Клинико-иммунологическая характеристика:

1. серопозитивный (ревматоидный фактор - положительный) ;
2. серонегативный (ревматоидный фактор – отрицательный).

Течение болезни:

1. быстро прогрессирующее;
2. медленно прогрессирующее;
3. без заметного прогрессирования.

Степень активности процесса:

1. активность I, II, III степени;
2. ремиссия.

Рентгенологическая стадия артрита:

- I – околосуставной остеопороз, признаки выпота в полость сустава, уплотнение периартикулярных тканей, ускорение роста эпифиза пораженных суставов;
- II – те же изменения, сужение суставной щели, единичные костные узур. ;
- III – распространенный остеопороз, выраженная костно-хрящевая деструкция, вывихи, подвывихи, системное нарушение роста костей;
- IV- изменения присущие 1-3 стадиям и анкилозы.

Функциональная способность больного:

- I – способность к самообслуживанию сохранена;
- II - способность к самообслуживанию утрачена по состоянию опорно-двигательного аппарата
- а) сохранена;
 - б) частично утрачена;

в) полностью утрачена;

III – способность к самообслуживанию нарушена по состоянию глаз или внутренних органов.

Факторы риска:

1. Наследственная предрасположенность к заболеванию (маркерами которой являются антигены системы HLA- B12, B27, B35, DR4, DR1, DR5).

2. Персистенция хламидийной инфекции, микоплазмы, вирусов (Эпштейна-Барра, Коксаки, краснухи, аденовирусов, вирус гепатита В).

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. среднетяжелые и тяжелые формы с активностью 2-3 степени;

2. суставно-висцеральные формы с системными проявлениями (синдром Стилла,, аллергосептический синдром (Висслера - Фанкони). ;

3. тяжесть суставной симптоматики (развитие артрозов, контрактур, подвывихов) ;

4. непрерывно рецидивирующее течение заболевания.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;

2. Консультация кардиоревматолога;

3. Рентгенография пораженных суставов.

Критерии диагностики:

Клинические признаки:

1. артрит продолжительностью 3 мес. и более;

2. артрит второго сустава, возникший через 3 мес. и позже;

3. симметричность поражения мелких суставов;

4. контрактура;

5. тендосиновит или бурсит;

6. мышечная атрофия;

7. утренняя скованность;

8. ревматоидное поражение глаз;

9. ревматоидные узелки;

10. выпот в полости сустава.

Рентгенологические признаки:

1. остеопороз, мелкокистозная перестройка костной структуры эпифиза;

2. сужение суставных щелей, косные эрозии, анкилоз суставов. ;

3. нарушение роста костей;

4. поражение шейного отдела позвоночника.

Лабораторные признаки:

1. положительный ревматоидный фактор;

2. положительные данные биопсии синовиальной оболочки

3. общее количество положительных признаков при классическом ЮРА – 8 признаков, определенном ЮРА- 4 признака, при вероятном ЮРА – 3 признака.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Электрокардиография;

2. Эхокардиография;

3. Рентгенография грудной клетки (одна проекция);

4. Рентгенография пораженных суставов (если не проведено перед госпитализацией);

5. УЗИ органов брюшной полости;

6. Иммунограмма;

7. Определение С-реактивного белка;

8. Определение ревматоидного фактора;

9. Определение LE –клеток;
10. Определение общего белка и белковых фракций;
11. Общий анализ мочи;
12. Определение сиаловой пробы;
13. Определение тимоловой пробы;
14. Определение АЛТ;
15. Определение АСТ;
16. Определение билирубина;
17. Определение глюкозы;
18. Определение мочевины;
19. Определение креатинина;
20. Консультация офтальмолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Эзофагогастроскопия;
2. УЗИ суставов;
3. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру;
4. Определение антител к нативной ДНК;
5. Коагулограмма;
6. Кровь на стерильность;
7. Анализ мочи по - Аддису-Каковскому;
8. Анализ мочи по – Зимницкому;
9. Суточная экскреция белка с мочой;
10. Суточная экскреция солей с мочой;
11. ПЦР исследование суставной жидкости;
12. Цитологическое исследование суставной жидкости, экссудатов и транссудатов;
13. Посев биологических жидкостей с отбором колоний;
14. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам;
15. ИФА на вирусы, хламидии, микоплазмы;
16. ИФА на зоонозы;
17. ИФА на маркеры гепатита;
18. Миелограмма;
19. Биопсия на амилоидоз;
20. Магниторезонансная томография суставов;
21. Артроскопия с биопсией синовиальной оболочки;
22. Определение электролитов - калий,натрий;
23. Адгезия и агрегация тромбоцитов;
24. Определение лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы;
25. Определение диастазы;
26. Определение холестерина;
27. Туберкулиновая проба;
28. Консультация хирурга – ортопеда;
29. Консультация фтизиатра (фтизиоosteолога).

Тактика лечения

1. Создание лечебно-двигательного режима, полноценная диета.
2. Нестероидные противовоспалительные препараты - диклофенак* по 0,015-0,025-0,05 г.-2 -3 раза в сутки, индометацин 2- 2,5-3 мг/кг/сут., нимесулид -5 г/кг/сут., ибупрофен* 30-40 мг/кг/сут, напроксен 10-20 мг/кг/сут.
3. Глюкокортикостероиды : преднизолон* назначают в суточной дозе 1-2 мг на кг (20 – 30- 60 мг) до достижения терапевтического эффекта, как правило, в течение 2 -3 нед., с

последующим снижением дозы (1,22- 2,5 мг каждые 5 – 7 дней) до поддерживающей дозы 12,5-15 мг в сутки- длительно.

4. Иммуносупрессивные препараты- при суставной нетяжелой форме назначается аминохинолиновые производные: хингамин* (хлорохин) 4 мг/кг/сут (но не более 250 мг в сутки) – 1 раз в сутки (на ночь); гидроксихлорохин (плаквенил) в дозе 8 мг./кг/сут (но не более 400 мг в сутки) – 1 раз в сутки (на ночь), курсом не менее 6 – 8 месяцев. При тяжелом течение, суставно-висцеральной форме назначается иммуносупрессивная терапия- метотрексат* – препарат выбора- 2,5-5-7,5-10-15 мг в неделю, в зависимости от поверхности тела; азатиоприн* 1,5-2,0 мг/кг/сут в 1-2 приема, циклоспорин А* 2,5-4 мг/кг/сут в 2 приема, внутривенный человеческий иммуноглобулин - 0,4-0,5 г/кг на курс (трехкратное введение через день), циклофосфамид* 1,0-2,5 мг/кг/сутки.
5. При очень высокой активности суставно-висцеральной формы, аллергосептических вариантах прибегают к методам интенсивной терапии: экстракорпоральные методы лечения- гемосорбция, плазмоферез, пульс-терапия – метилпреднизолон* из расчета 20-30мг/кг однократно (1000 мг), циклофосфамид* по 1,0 гр в/в 1 раз в сутки, в течение 3-х дней.
6. Локальная терапия:
 - внутрисуставное введение бетаметазона дипропонат или водная суспензия триамцинолона ацетонида в мелкие суставы по 0,1-0,2 мл препараты, в более крупные до 0,5-1,0 мл 1 раз в неделю, не более 2-3 инъекций
 - аппликации (диметилсульфоксид 50% р-р, мази содержащие нестероидные противовоспалительные препараты)
 - при снижении активности процесса назначается физиолечение- электрофорез с преднизолоном* и диметилсульфоксидом, массаж, ЛФК.
7. Лечение и профилактика остеопороза- препараты кальция в сочетании с витамином Д3 – 0,5-2,0 гр. в сутки; оссеино-гидроксипатитный комплекс 1-2 таб. 2 раза в день, ретаболил 5-20 мг в/м 1 раз в 2-3 недели.
8. Посиндромная терапия висцеритов (по показаниям)- кардиотрофические препараты-рибоксин 0,4-0,8 г. в сутки, кокарбоксилазы гидрохлорид 0,025 -0,05 -0,1 г. в/м или в/в -1 раз в день, карнитина хлорид 20% р-р, по 10-40 капле – 3 раза в день, милдронат по 0,25 г. 2-4 раза в день, диуретики- фуросемид* 1-3 мг/кг в день; спиронолактон* 3,3 мг/кг/сут в 2-3 приема, гепатопротекторы- урсодезоксихолевая кислота* 10 мг/кг в сутки, эссенциале по 1-2 капс. 3 раза в день.
9. Микроэлементы, витамины и препараты других групп–препараты калия (панангин, аспаркам) 1-3 таблетки в сутки, аскорбиновая кислота* 0,05-0,250 г/сут, токоферола ацетат* 50-100 мг/сут, фолиевая кислота* по 0,001 г 2-3 раза в день, комбинированный препарат содержащий гидроокись алюминия и окись магния* 2,0-5 мл 4 раза в день; препараты для стимуляции функции надпочечников: этимизол по 0,1 г 2-3 раза в день, глицирам 0,025-0,05 г 2-3 раза в день.
10. Антикоагулянты, дезагреганты и препараты улучшающие микроциркуляцию (по показаниям): гепарин натрия* 40 000-80 000 ЕД в сутки , 4 раза в день, в/в или п/к, дипиридамоил 1,5-5 мг/кг/сут в 2-3 приема, декстран* 10-15 мл/кг.
11. При обнаружении персистенции вирусов, хламидий, микоплазмы, при бактериальных и грибковых осложнениях- противовирусная и антибактериальная терапия по чувствительности (ацикловир* 0,1-0,2 г 5 раз в день, индуктор эндогенного интерферона – циклоферон – 12,5% по 6-10 мг/кг/сут , в/м, через день, эритромицин* 0,4-1,0 г в сутки в 4 приема, азитромицин*10 мг/кг 1 раз в день, курсом 3 дня, спирамицин* 1,5-9,0 млн. МЕ в сутки, рокситромицин 5 мг/кг/сут в 2 приема 10 дней, кларитромицин* 15/мг/кг/сут. в 2 приема 10 дней, доксициклин* по 0,1 г/сут, сульфаметоксазол+ триметоприм* 30 мг/кг/сут

по сульфаметоксазону, цiproфлoксaцин* 0,125-0,25 г – 2 рaзa в день, aмoксициллин* по 0,125-0,5 г 3 рaзa в день, цефaзoлин* 20-50-100 мг/кг/сут, цефтриаксон* 50-100 мг/кг/сут, метронидазол* 250-500 мг в сутки, флуконазол* 6-12 мг/кг/сут).

12. Ортопедическая коррекция по показаниям

Перечень основных медикаментов:

1. *Диклофенак 25 мг, 100 мг, 150 мг табл.; 75 мг/3 мл раствор для инъекций; 50 мг суппозитории ректальные, 100 мг мазь;
2. *Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл.;
3. *Преднизолон 30 мг/мл раствор для инъекций; 5 мг табл.;
4. *Хлорохин 100 мг, 150 мг табл.;
5. *Азатиоприн 50 мг табл.;
6. *Циклоспорин А 25 мг, 100 мг капсул.;
7. *Метилпреднизолон 4 мг таблетки; 40 мг, 125 мг, 250 мг, 500 мг порошок для приготовления инъекционного раствора;
8. *Бетаметазона дипропонат 1 мл ампл.;
9. *Фуросемид 40 мг, табл.; 20 мг/2мл, ампл.;
10. *Урсодезоксихолевая кислота 250 мг табл.;
11. *Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, 500 мг табл.; 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл раствор для инъекций;
12. *Токоферола ацетат 1 мл 5%, 10%, 30% масляный раствор в ампл.; 50% 1 мл масляный раствор в капсул.;
13. *Декстран 200 мл, 400 мл во флаконе, раствор для инфузий;
14. Ацикловир 200 мг, 800 мг табл.;
15. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
16. *Азитромицин 125 мг, 500 мг табл.; 250 мг капсул.; 200 мг/100 мл во флаконе, раствор для инфузий;
17. *Сульфаметоксазол+ триметоприм 480 мг/5 мл ампл.; 120 мг, 480 мг табл.;
18. *Цiproфлoксaцин 250 мг, 500 мг табл.;
19. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.; 250 мг; 500 мг, капсул.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
20. *Цефазолин 1000 мг порошок для приготовления инъекционного раствора;
21. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1 000 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Индометацин 25 мг табл.;
2. Напроксен мг, табл.;
3. *Метотрексат 2,5 мг табл.;
4. *Циклофосфамид драже 50 мг; 200 мг, 500 мг во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
5. Витамин Д3 10 мл раствор масляный; 10 мл раствор водный;
6. Кокарбоксилазы гидрохлорид 50 мг, ампл.;
7. *Спиронолактон 25 мг; капсула 50 мг табл.;
8. *Фолиевая кислота 1 мг табл.;
9. *Гепарин натрия 5 000, 25 000 МЕ раствор натриевая соль для инъекций;
10. Циклоферон – 12,5% 1000 мг ампл.;
11. *Спирамицин 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД, 750 тыс ЕД гранулы для суспензии; 1,5 млн ЕД порошок для инфузий;
12. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл.;
13. *Доксициклин 100 мг капсул.;

14. *Метронидазол 250 мг табл.; 0,5мг/100 мл во флаконе раствор для инфузий;
15. *Флуконазол 50 мг, 150 мг капсул.; 100 мл раствор во флаконе для в/в введения.

Критерии перехода на следующий этап лечения:

снижение (купирование) активности процесса, нормализация температуры тела, регрессия островоспалительных изменений суставов, висцеральных изменений, снижение СОЭ, уменьшение утренней скованности, улучшение функциональной активности суставов – амбулаторное лечение

Ремиссия или значительное снижение активности - санаторно-курортное лечение.

При развитии тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности, надпочечниковой недостаточности, ДВС - синдрома – перевод в ОРИТ для интенсивной терапии.

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

Токсическая энцефалопатия

Код протокола: 01-012в

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. купирование угрозы нарушения витальных функций (восстановление сознания, сердечной деятельности);
2. профилактика осложнений;
3. стабилизация состояния;
4. купирование судорог;

Длительность лечения (дней): 10

Код МКБ: G 92 Токсическая энцефалопатия

Определение: Токсическая энцефалопатия – представляет собой комплекс потенциально обратимых нервно-психических нарушений, возникающих в результате тяжелого течения различных заболеваний.

Классификация:

Токсическая энцефалопатия (ТЭ), как один из видов энцефалопатии, классифицируется по тяжести на 3 формы:

Тяжелая форма – характеризуется комой (2-4 степени по шкале Глазго), повторными генерализованными судорогами или судорожным статусом (более 3 дней), делирием и очаговой неврологической симптоматикой. По мнению большинства авторов и профессиональных союзов неврологов (National Institute of Neurological diseases and stroke, Sugaya N., 2002, Kurihara Meta., 2005) ТЭ ассоциированная с высокой (20-50%) смертностью, чаще вызывается гриппом.

Средне-тяжелая форма – характеризуется кратковременной потерей сознания, комой 1-2 степени по Глазго, однократными или повторными судорогами, кратковременным делирием, обратимой очаговой симптоматикой. Длительность нарушения сознания до 3 дней.

Легкая форма – кратковременный делирий, без потери сознания, однократные судороги, отсутствие очаговой неврологической симптоматики.

Также в диагнозе указывают наряду с тяжестью ведущий неврологический симптом, а сама ТЭ указывается после этиологического диагноза ее вызвавшего.

Пример клинического диагноза: Грипп А, тяжелое течение, токсическая энцефалопатия, средней степени тяжести, повторные (двукратные) генерализованные тонико-клонические судороги.

Факторы риска:

1. соматические заболевания с явлениями хронической интоксикации;
2. острые инфекционные заболевания или обострения хронических;
3. наследственные заболевания или нарушения обмена веществ;
4. вредные воздействия окружающей среды и экологии.

Критерии диагностики:

1. нарушение сознания, делирий;
2. судороги – генерализованные, тонико-клонические;
3. тремор;
4. миоклонии.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи.
3. Консультация невропатолога.
4. Электроэнцефалография.
5. Консультация педиатра.
6. Консультация психиатра.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Кровь на сахар.
2. Электрокардиограмма.
3. Компьютерная томография мозга.
4. Консультация офтальмолога.
5. Консультация эндокринолога.
6. Исследование спинномозговой жидкости.

Тактика лечения:

1. Дезинтоксикационная терапия - инфузионная терапия: 5%, 10% глюкоза* – 10 мл/кг; реополиглюкин* – 10 мл/кг; солевые растворы (в дневном стационаре).
2. Лечение основного заболевания и его симптомов (гипертермия при гриппе, метаболических нарушений и др.).
3. Актовегин* 0,5 мл/кг у детей, с 7 лет по ½ драже 100мг 1 раз в сутки, с 12 лет 1-2 драже 200-400 мг/сут.
4. Диазепам* – до 3 лет 5 мг 2 раза в сутки, с 3-5 лет 5 мг 2-3 раза в сутки, с 5 лет и старше 5-10мг 2 раза в сутки. Вводят в/м 0,5% р-р по 1 мл (5 мг) 2-3 раза в сутки. В таблетированном виде практически не применяют, заменяя на карбамазепин* или вольпроат натрия*.
5. Вольпроат натрия* – 20-60 мг/кг при судорогах и делирии.
6. Дифенин* (при судорожном статусе) – детям до 5 лет по 0,025 2-3 раза в день (1/4 тб, 1 тб – 0,1), 5-8 лет – по ½ Тб 2 раза в день, старше 8 лет – по 0,1 (1 тб) 2 раза в день.
7. Карбамазепин* 10-20 мг/кг (Тб по 200 мг).

Перечень основных медикаментов:

1. *Глюкоза 5%, 10% 400 мл, 500 мл, раствор для инфузий во флаконе; 40% 5мл, 10 мл, амп.;
2. *Реополиглюкин 200 мл, 500 мл, во флаконе, раствор для инфузий ;
3. *Солевые растворы;.
4. *Актовегин 40 мг/мл, амп.;
5. * Диазепам 10 мг/2 мл, амп.; 5 мг, 10 мг, табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Вольполевая кислота 150 мг, 300 мг, 500 мг, табл.;
2. *Дифенин 250 мг, табл.;
3. *Карбамазепин 100 мг, 200 мг, табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения: – амбулаторный

1. стабилизация состояния;
2. купирование судорожного синдрома;

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Перинатальные поражения центральной нервной системы. Библиотека ИМС Невронет.
2. Дамулин И.В. Деменции: дифференциальная диагностика и терапия. Кафедра нервных болезней Московской медицинской академии им И.М. Сеченова.
3. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: руководство для врачей. СПб: «Питер», 2000г.
4. Medical Masterclass. Neurology, Ophthalmology and psychiatry. Royal College of Physicians of London. Blackwell Science, London, 2001г.
5. NINDS Encephalopathy Information page National institute of neurological disorders and stroke (сетевой ресурс).

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

Умственная отсталость у детей

Код протокола: 19-161a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

Длительность лечения: 30 дней

Коды МКБ: F70 Умственная отсталость легкой степени

F71 Умственная отсталость умеренная

F72 Умственная отсталость тяжелая

Определение: Умственная отсталость (умственное недоразвитие) - за рубежом используется для обозначения многообразных форм поражения интеллекта, независимо от характера заболевания, при которых оно возникает.

Классификация:

1. легкая умственная отсталость;
2. умеренная умственная отсталость;
3. тяжелая умственная отсталость;
4. глубокая умственная отсталость;
5. неуточненная умственная отсталость;
6. другие виды умственной отсталости.

Факторы риска:

1. состояние здоровья родителей и условий работы к началу беременности;
2. наличие гестоза, перенесенные матерью заболевания, принимаемые медикаменты во время беременности, течение родов (продолжительность, наложение щипцов, асфиксия), состояние новорожденного после родов (желтуха, судороги, вздрагивания);
3. своевременность основных этапов моторного и психического развития;
4. наследственный фактор.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. задержка психического развития в виде выраженных эмоционально-волевых расстройств и моторики (запаздывание становления стато-моторных актов, отсутствие моторно-адаптивных движений, слабовыраженный интерес к окружающим, игрушкам, речи);
2. диагностика уровня задержки;
3. решение социальных вопросов.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. консультация: невролога, психолога, генетика, эндокринолога, психиатра.

Критерии диагностики:

1. наличие биологической неполноценности мозга, устанавливаемой на основании анамнеза, психического, неврологического и соматического статусов;
2. характерная структура диффузного слабоумия с обязательной недостаточностью понятийного мышления и недоразвитием личности;
3. непрогредиентность состояния с положительной, хотя и в разной степени замедленной динамикой психического развития.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Биохимический анализ крови на фенилкетонурию, гистидинемия, гомоцистинурию, галактоземия, фруктозурию;
2. Консультация невролога;
3. Общий анализ крови (6 параметров);
4. Общий анализ мочи;
5. Определение общего белка;

6. Определение АЛТ, АСТ;
7. Определение билирубина;
9. Исследование кала на яйца глист.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Нейропсихологическое тестирование;
2. Хромосомный анализ (кариотипирование);
3. Консультация генетика;
4. Консультация психиатра;
5. Консультация эндокринолога;
6. Консультация психолога;
7. Консультация логопеда;
8. Анализ крови на внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, герпес, цитомегаловирус) ;
9. Микрореакция.

Тактика лечения:

Медикаментозное и коррекционно-воспитательные мероприятия.

Медикаментозное лечение:

1. Психомоторные стимуляторы (тонизирующее влияние на кору, ретикулярную формацию без вмешательства в метаболизм нервных клеток: адаптол 300 мг в таблетке, независимо от приема пищи, курсом от нескольких дней до 2-3 мес, от 0,5 до 1 таблетки X 3 раза в день в зависимости от возраста.
2. Препараты, стимулирующие психическое развитие, улучшающие мозговой метаболизм - энцефабол 0,25 мг табл.
3. Антидепрессанты – амитриптилин*, препараты L-дофа.
4. Общеукрепляющие: поливитамины.
5. Препараты кальция, фосфора, железа, фитин*, фосфрен*.
6. Седативные, нейролептические препараты (дизепам* табл. 2 мг. 5 мг, р-р. 10мг/2,0);
7. Противосудорожные препараты: фенобарбитал* 0,01 мг/год жизни, препараты вальпроевой кислоты* 20-25 мг/кг/сут, ламотриджин*, карбамазепины (финлепсин*).

Курс лечения 1 месяц.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амитриптилин 25 мг, 50 мг табл.;
2. *Дизепам 10 мг/2 мл ампл.; 5 мг, 10 мг табл.;
3. *Вальпроевая кислота 150 мг, 300 мг, 500 мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Препараты L-дофа 50 мг табл.;
2. Поливитамины;
3. *Фенобарбитал 50 мг, 100 мг табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. стабилизация и улучшение нарушенных функций;
2. реабилитация;
3. поддерживающая терапия;
4. наблюдение психолога.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. «Детская психоневрология» под ред. Л.А.Булаховой. Киев, 2001 г.;
2. «Клиническая психиатрия», Каплан Г.И., Седок Б., перевод с английского языка, глав.редактор Т.Б.Дмитриева. Москва, 1998 г.;
3. «Диагностика и лечение эпилепсии у детей» под ред. Темина П.А., Никаноровой М.Ю., 1997 г.;
4. Карлов В.А. «Эпилепсия», 1990 г.;

5. Ковалев В.В. «Психиатрия детского возраста», 1979 г.;
6. Ковалев В.В. «Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков», 1985 г.;
7. Козлова С.И., Демикова Н.С. и др. «Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование», 1996 г.;
8. Лебедев Б.В., Барашнев Ю.И., Якунин Ю.А. «Невропатология раннего детского возраста», 1981 г.;
9. Маринчева Г.С., Гаврилов В.И. «Умственная отсталость при наследственных болезнях», 1988 г.;
10. «Наследственные болезни нервной системы» под ред. Вельтищева Ю.Е. 1998 г.;
11. Гиляровский В.А. «Общие принципы лечения психических заболеваний». 2003. <http://www.psychiatry.ru/>
12. Рубинштейн С. Я. «Психология умственно отсталого школьника». 2005. <http://www.medi.ru/doc165htm>
13. Панасюк А. В., Поморцев О.Н. Бондаренко Н. В. Проблемы диагностики умственной отсталости на разных этапах онтогенеза <http://www.medlinks.ru>
14. «Олигофрении и смежные формы». Учебное пособие по курсу психиатрии. В.В.Русских. М.,1969 г.;
15. Кн.: Детская патопсихология. Умственная отсталость. Гл.9. <http://www.g-i-n.net/>
16. Perception of Real-World Without a Language. G. Buoiano, M.Betti, P. Bongioanni. Neuroscience Dpt., University of Pisa; CESER Center of Mental Health (Lucca), Italy. www.clinicalevidence.com

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

Функциональная диспепсия у детей

Код протокола: 06-072с

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. купирование болевого синдрома,
2. нормализация моторных нарушений,
3. исключение заболеваний, входящих в группу органической диспепсии.

Длительность лечения (дней): 14

Код МКБ: K30 Диспепсия

Определение: **Функциональная диспепсия** – симптомокомплекс, выделяемый у детей старше года и включающий в себя боли или дискомфорт в подложечной области, при котором в процессе обследования не удается выявить какое-либо органическое заболевание.

Классификация:

1. язвенноподобный вариант;
2. дискинетический вариант;
3. неспецифический вариант.

Факторы риска:

1. стрессы;
2. повышенная реактивность ЖКТ, обусловленная генетическими факторами;
3. нарушение режима и качества питания.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. длительность заболевания (более 3-х месяцев);
2. неэффективность амбулаторного лечения.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. общий анализ крови (6 параметров);
2. биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин);
3. общий анализ мочи;
4. исследование кала на копрологию, соскоб на энтеробиоз.

Критерии диагностики:

На протяжении 12 недель (необязательно непрерывно) в последние 12 месяцев

1. персистирующая или возвратная боль или дискомфорт в эпигастрии;
2. отсутствие признаков органического заболевания;
3. отсутствие данных, что диспепсия связана с дефекацией или ее начало совпадает с началом изменения частоты стула;
4. локализация боли в эпигастрии, «голодные» боли, проходящие после приема пищи или антацидов характерны для язвенноподобного варианта;
5. для дискинетического варианта - дискомфорт в верхних отделах живота, усиливающиеся после приема пищи,

Когда жалобы трудно отнести к определенному варианту - неспецифический вариант.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (Ег, Нб, L, лейкоформула, СОЭ, тромбоциты);
2. Эзофагогастродуоденоскопия;
3. Биохимический ан. крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин) в динамике;
4. Общий анализ мочи;
5. Исследование кала на яйца глист;
6. Копрограмма;
7. Определение диастазы;
8. УЗИ органов брюшной полости;
9. Диагностика *H. pylori* (цитологическое исследование и /или уреазный и хелик тесты, IgG к *H. pylori*);

10. Консультация отоларинголога (для санации хронических очагов инфекции);
11. Консультация стоматолога;
12. Консультация невропатолога;
13. Электроэнцефалография;
14. Реоэнцефалография.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Гистологические исследования;
2. Рентгеноскопия ЖКТ;
3. Электрокардиография;
4. Иммунограмма;
5. Дисбактериоз;
6. Исследование дуоденального содержимого;
7. pH-метрия верхних отделов ЖКТ;
8. Консультация эндокринолога;
9. Консультация гинеколога.

Тактика лечения:

1. Диета
2. Режим
3. Нормализация деятельности ЦНС
4. Антисекреторная терапия
5. Коррекция моторных нарушений
6. Эрадикационная терапия при наличии *H. pylori*

Индивидуальный подбор диеты по характеру диспепсии.

Для нормализации работы ЦНС: седативные – валериана 1 капля/год жизни или по 1 таблетке 2-3 раза в день – 3-4 нед., отвар пустырника по 1 ст. ложке 3 раза в день, малые транквилизаторы – хлордиазепоксид 4-7 лет – 5-10 мг/сут., 8-14 лет 10-20 мг, старше 15 лет – 20-30 мг/сутки. Нормализация моторики: - домперидон* 0,25-0,5 мг/кг х 3 раза в день или метоклопрамид* – 0,0025 – 0,05 гр. 2-3 раза в день за 20 мин. до еды в течение не менее 14 дней.

Антисекреторная терапия - при повышенной секреции сока и язвенно-подобном варианте: ингибиторы протонной помпы (рабепразол*, омепразол*).

Антациды: алгелдрат + магния гидроксид* по 1 пакетику 3-4 раза в день. Эрадикация НР при обнаружении – 3 компонентная 7 дневная схема:

Ингибитор протонного насоса (рабепразол* 20 мг., или омепразол*, или лансопразол 30 мг, или эзомепразол 20 мг) или ранитидин-висмут-цитрат в стандартной дозировке + кларитромицин* 7,5 мг/кг (max-500 мг) + амоксициллин* 20-30 мг/кг (max 1000 мг) или метронидазол* 40 мг/кг (max 500 мг) все препараты принимают 2 раза в день в течение 7 дней. Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии. Кларитромицин по 500 мг 2 раза в день оказался эффективнее приёма ЛС в дозе 250 мг 2 раза в день.

Перечень основных медикаментов:

1. *Омепразол капс. 20 мг;
2. *Рабепразол 20 мг;
3. *Алгелдрат+ магния гидроксид;
4. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг;
5. *Метронидазол 250 мг;
6. *Амоксициллин 250 мг, 500 мг, 1000 мг;
7. *Домперидон, тб 10 мг;
8. *Пиррантел 250 мг;
9. *Мебендазол 100 мг.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Гиосцин бутилбромид (драже 10 мг, раствор для инъекций: 1 мл в ампулах, свечи 10мг);
2. Павлова микстура 200 мл;
3. Экстракт валерианы 20мл;

Критерии перевода на следующий этап лечения - амбулаторный:

1. купирование болевого и диспепсического синдромов;
2. нормализация психоэмоционального статуса;
3. исключение органической патологии.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Dyspepsia.EBM Guidelines.25.8.2004. Author: Pekka Pikkarainen. Article ID: ebm00186 (008.031). © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd.
2. Chronic abdominal pain in children. Pediatrics 2005 Mar;115(3):812-5.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Dyspepsia. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003 Mar.
4. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Management of dyspepsia and heartburn. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2004 Jun. 119 p.
5. 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

Хроническая обструктивная легочная болезнь у детей

Код протокола: 04-044в

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. установление окончательного диагноза и выработка тактики лечения;
2. ликвидация воспалительных проявлений в легких;
3. ликвидация симптомов бронхообструкции, симптомов интоксикации и коррекция метаболических нарушений;
4. улучшение качества жизни.

Длительность лечения: 21 день

Коды МКБ: J44.0 Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей
J44.1 Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением неуточненная
J44.9 Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная
J44.8 Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь
J45.8 Смешанная астма
J43.0 Синдром Мак-Леода
J43.9 Эмфизема (легкого) (легочная)

Определение: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - заболевание бронхопульмональной системы, характеризующееся снижением проходимости дыхательных путей, которое частично обратимо. Снижение проходимости дыхательных путей носит прогрессирующий характер и связано с воспалительным ответом легких на пылевые частицы или дым, табакокурение, загрязнение атмосферного воздуха.

ХОБЛ - болезненное состояние, характеризующееся не полностью обратимым ограничением воздушного потока. Это ограничение обычно прогрессирует и связано с патологической реакцией легких на вредоносные частицы и газы

Классификация:

Классификация ХОБЛ по степени тяжести (GOLD)	
Стадии	Характеристики
0. Стадия риска	• нормальные показатели спирометрии • хронические симптомы (кашель, выделение мокроты) • $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$
I. Легкая ХОБЛ	• $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ • $ОФВ_1 \geq 80\%$ от должного • при наличии или отсутствии хронических симптомов (кашель, выделение мокроты)
II. Среднетяжелая ХОБЛ	• $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ • $30\% < ОФВ_1 < 80\%$ от должного • при наличии или отсутствии хронических симптомов (кашель, выделение мокроты, одышка)
III. Тяжелая ХОБЛ	• $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$ • $ОФВ_1 < 30\%$ от должного или $ОФВ_1 < 50\%$ от должного в сочетании с дыхательной недостаточностью или правожелудочковой недостаточностью

Факторы риска:

Таблица 1. Факторы риска ХОБЛ		
Вероятность значения факторов	Внешние факторы	Внутренние факторы
Установленная	Курение Профессиональные вредности (кадмий, кремний)	Дефицит α_1 -антитрипсина
Высокая	Загрязнение окружающего воздуха (особенно SO_2 , NO_2 , O_3) Другие профессиональные вредности Бедность, низкое социально-экономическое положение Пассивное курение в детском возрасте	Недоношенность Высокий уровень IgE Бронхиальная гиперреактивность Семейный характер заболевания
Возможная	Аденовирусная инфекция Дефицит витамина С	Генетическая предрасположенность (группа крови A(II), отсутствие IgA)

Поступление: плановое, экстренное

Показания для госпитализации:

1. прогрессирующий кашель и одышка;
2. отсутствие эффекта от проводимой терапии на предыдущих этапах лечения;
3. невозможность установления диагноза без инвазивных методов и необходимость выбора тактики лечения.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Консультация аллерголога.

Критерии диагностики:

Клиническая картина ХОБЛ характеризуется однотипными клиническими проявлениями - кашлем и одышкой, несмотря на неоднородность заболеваний, ее составляющих. Степень их выраженности зависит от стадии заболевания, скорости прогрессирования болезни и преимущественного уровня поражения бронхиального дерева. Скорость прогрессирования и выраженность симптомов ХОБЛ зависит от интенсивности воздействия этиологических факторов и их суммации.

Объективное обследование

Эмфизематозная форма

Бронхитическая форма

Хронический кашель (приступообразный или ежедневный. Часто продолжается целый день; изредка только ночью), хроническое выделение мокроты (любой случай хронического выделения мокроты может указывать на ХОБЛ), острые бронхиты (многократно повторяются), одышка (прогрессирующая. Постоянная, усиливается при физической нагрузке, инфекциях дыхательных путей)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) - (FVC);
4. Объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) - (FEV1);
5. Исследование мокроты – цитологическое, культуральное.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Подсчет отношения ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/FVC);
2. Бронходилатационные тесты;
3. Пульсоксиметрия;

4. Исследование с физической нагрузкой;
5. Иммунологические методы;
6. Рентгенологические методы;
7. Компьютерная томография;
8. Бронхологическое исследование.

Таблица 3. Клинические и лабораторно-инструментальные признаки ХОБЛ в зависимости от степени тяжести			
Клинические и лабораторные признаки	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Кашель	Непостоянный	Постоянный, наиболее выраженный по утрам	Постоянный
Одышка	Лишь при интенсивной физической нагрузке	При умеренной физической нагрузке	В покое
Цианоз	Отсутствие	При эмфизематозном типе – после физической нагрузки, при бронхитическом – постоянно	Постоянный
Выделение мокроты	Скудная	Скудная, преимущественно по утрам	Постоянное, не более 60 мл в сутки
Парадоксальный пульс	Отсутствует	Появляется после физической нагрузки	Постоянный
Аускультативные симптомы хрипов	Определяются не всегда	Рассеянные разнотембровые сухие хрипы, эпизоды дистанционных	Дистанционные хрипы. Разнотембровые сухие и разнокалиберные влажные хрипы
Эритроциты, гемоглобин	Норма	Норма	Более $5,0 \times 10^{12}/л$ Более 150 г/л
ЭКГ	Норма	После нагрузки признаки перегрузки правых отделов сердца	Постоянные признаки легочного сердца
ОФВ ₁	80–70% от должного	69–50% от должного	Менее 50% от должного
Газы крови	Норма	Гипоксемия при физической нагрузке ($65 < PaO_2 < 80$ мм рт. ст.)	Гипоксемия, гиперкалния в покое ($PaO_2 < 65$ мм рт. ст.)
Рентгенография легких	Не выявляется патологии	Усиление и деформация легочного рисунка, уплотнение стенок бронхов	Низкое стояние купола диафрагмы, ограничение ее подвижности, гипервоздушность легочной ткани, увеличение ретростерального пространства

Таблица 4. Основные дифференциально-диагностические критерии ХОБ и БА		
Признаки	ХОБ	БА
Аллергия	Не характерна	Характерна
Кашель	Постоянный, разной интенсивности	Приступообразный
Одышка	Постоянная, без резких колебаний выраженности	Приступы экспираторной одышки
Суточные изменения ОФВ ₁	Менее 10% от должного	Более 15% от должного
Бронхиальная обструкция	Обратимость не характерна, прогрессивное ухудшение функции легких	Обратимость характерна, прогрессивного ухудшения функции легких нет
Эозинофилия крови и мокроты	Не характерна	Характерна

Тактика лечения:

1. Бронхолитическая терапия.
2. Муколитическая терапия.
3. Антибактериальная терапия.
4. Массаж грудной клетки.
5. Противовоспалительная терапия: М-холинолитики селективные, пролонгированные симпатомиметики, по показаниям -кортикостероиды, кромоны (ингаляционные).
6. Иммунокоррекция (по показаниям). Антибиотики:
7. Реабилитационная терапия

Бронходилатирующая терапия

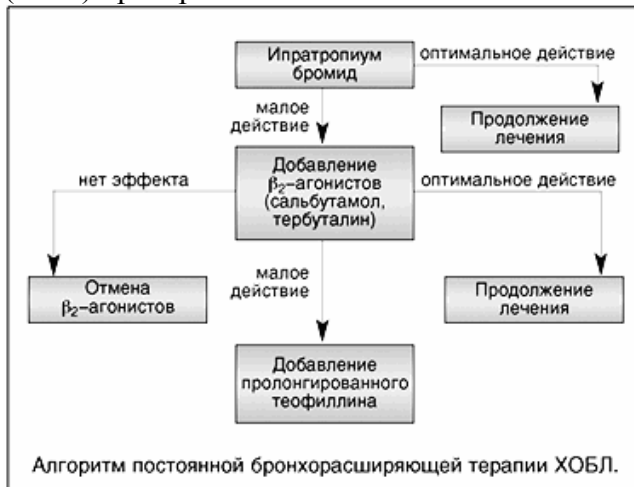
Применение бронхорасширяющих препаратов - базисная терапия, обязательная при лечении больных ХОБЛ.

Предпочтение отдается применению ингаляционных форм бронхолитиков.

Из существующих бронхорасширяющих средств в лечении ХОБЛ используются холинолитики, β_2 -агонисты и метилксантины. Последовательность применения и сочетание этих средств зависит от тяжести заболевания, индивидуальных особенностей его прогрессирования. Препаратами первого ряда общепризнаны М-холинолитики. Их ингаляционное назначение обязательно при всех степенях тяжести заболевания.

Антихолинергические препараты – М-холинолитики

Ведущим патогенетическим механизмом бронхообструкции при ХОБЛ является холинергическая бронхоконстрикция, которая может быть ингибирована антихолинергическими (АХЭ) препаратами.



В настоящее время применяются ингаляционные антихолинергические препараты - четвертичные производные аммония. Наиболее известен из них ипратропиума бромид*20 мкг, который используется преимущественно в дозированных аэрозолях.

β_2 -агонисты (фенотерол* 50 мг, сальбутамол** 100 мкг, тербуталин 100 мкг) обладают быстрым действием на бронхиальную обструкцию (при сохранившемся обратимом ее компоненте).

Комбинированное лечение

В лечении ХОБЛ среднего и тяжелого течения использование β_2 -агонистов в сочетании с холинолитиками позволяет потенцировать бронхорасширяющее действие и существенно уменьшить суммарную дозу β_2 -агонистов, тем самым снизить риск побочного действия последних. Преимуществами комбинации являются также воздействие на два патогенетических механизма бронхообструкции и быстрое начало бронхолитического действия. Для этой цели весьма удобны фиксированные комбинации препаратов в одном ингаляторе: (ипратропиум бромид* 20 мкг + фенотерол* 50 мкг).

Метилксантины

При недостаточной эффективности холинолитиков и β_2 -агонистов следует присоединить препараты метилксантинового ряда (теофиллин** капс.100 мг).

Применение пролонгированных форм теофиллина очень удобно, особенно при ночных проявлениях болезни. Замена одного препарата метилксантина на другой также может повлиять на уровень препарата в крови, даже при сохранении прежних доз.

Таблица 5. Последовательность и объем бронхорасширяющей терапии ХОБЛ	
Тяжесть ХОБЛ	Бронхорасширяющая терапия
Легкая степень	М холинолитики при обострении, β_2 -агонисты при необходимости
Средняя степень тяжести	М-холинолитики постоянно, β_2 -агонисты по потребности (затем постоянно) Метилксантины (по показаниям)
Тяжелая степень	Модификация способов доставки (спейсеры, небулайзеры) М-холинолитики + β_2 -агонисты постоянно, метилксантины Доставка ингаляционных препаратов с помощью спейсеров или небулайзеров

Мукорегуляторные средства

Амброксол** 30 мг стимулирует образование трахеобронхиального секрета пониженной вязкости за счет деполимеризации кислых мукополисахаридов бронхиальной слизи и выработки нейтральных мукополисахаридов бокаловидными клетками.

Ацетилцистеин*100 мг, в гранулах по 200мг

Карбоцистеин сироп 200 мл нормализует количественное соотношение кислых и нейтральных сиаломуцинов бронхиального секрета.

Глюкокортикостероидная терапия*

Показанием для кортикостероидной (КС) терапии при ХОБЛ является неэффективность максимальных доз средств базисной терапии - бронхорасширяющих средств.

Эффективность кортикостероидов в качестве средств, уменьшающих выраженность бронхиальной обструкции у больных ХОБЛ, неодинакова. Лишь у 10-30% пациентов при их применении улучшается бронхиальная проходимость. Для того, чтобы решить вопрос о целесообразности систематического применения кортикостероидов, следует провести пробную пероральную терапию: 20-30 мг/сутки из расчета 0,4-0,6 мг/кг (по преднизолону) в течение 3 недель. Нарастание ответа на бронхолитики в бронходилатационном тесте на 10% от должных величин ОФВ₁ или увеличение ОФВ₁, по крайней мере, на 200 мл за это время свидетельствуют о положительном влиянии кортикостероидов на бронхиальную проходимость и могут быть основанием для длительного их применения.

Если при тест-терапии КС улучшается бронхиальная проходимость, что позволяет эффективно доставлять ингаляционные формы препаратов в нижние отделы дыхательных путей, больным назначают ингаляционные формы КС* 100 мкг/доза.

Системное применение КС влечет за собой большой спектр побочных эффектов, среди которых особое место принадлежит общей стероидной миопатии (в т.ч. и дыхательной мускулатуры). При ингаляционном их применении перечень осложнений сужается до грибковой и бактериальной суперинфекции дыхательных путей, но и лечебный эффект наступает медленнее. В настоящее время не существует общепринятой точки зрения на тактику применения системных и ингаляционных КС при ХОБЛ.

Коррекция дыхательной недостаточности

Коррекция дыхательной недостаточности достигается путем использования оксигенотерапии, тренировки дыхательной мускулатуры. Следует подчеркнуть, что интенсивность, объем и характер медикаментозного лечения зависят от тяжести состояния и соотношения обратимого и необратимого компонентов бронхиальной обструкции. При истощении обратимого компонента характер проводимой терапии меняется. На первое место выходят методы, направленные на коррекцию дыхательной недостаточности. При этом объем и интенсивность базисной терапии сохраняются.

Показанием к систематической оксигенотерапии является снижение РаО₂ в крови до 60 мм рт. ст., снижение SaO₂ < 85% при стандартной пробе с 6-минутной ходьбой и < 88% в покое. Предпочтение отдается длительной (18 часов в сутки) малопоточной (2-5 л в мин) кислородотерапии как в стационарных условиях, так и на дому. При тяжелой дыхательной недостаточности применяются гелиево-кислородные смеси. Для домашней оксигенотерапии

используются концентраторы кислорода, а также приборы для проведения неинвазивной вентиляции легких с отрицательным и положительным давлением на вдохе и выдохе.

Тренировка дыхательной мускулатуры достигается с помощью индивидуально подобранной дыхательной гимнастики. Возможно применение чрескожной электростимуляции диафрагмы.

При выраженном полицитемическом синдроме ($Hb > 155$ г/л) рекомендуется проведение эритроцитафереза с удалением 500-600 мл деплазмированной эритроцитной массы. В случае, если проведение эритроцитафереза технически невыполнимо, можно проводить **кровопускание** в объеме 800 мл с адекватным замещением изотоническим раствором хлорида натрия.

Противоинфекционная терапия

В период стабильного течения ХОБЛ антибактериальная терапия не проводится.

В холодное время года у больных ХОБЛ нередко возникают обострения инфекционного происхождения. Наиболее часто их причиной являются *Streptococcus pneumonia*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и вирусы. Антибиотики* назначают при наличии клинических признаков интоксикации, увеличении количества мокроты и появлении в ней гнойных элементов. Обычно лечение назначается эмпирически и длится 7-14 дней. Подбор антибиотика по чувствительности флоры in vitro проводится лишь при неэффективности эмпирической антибиотикотерапии. Не следует назначать антибиотики в ингаляциях. Антибиотики не рекомендуется использовать для профилактики заболеваний.

Перечень основных медикаментов:

1. *Фенотерол 5 мг табл.; 0,5 мг/10 мл раствор для инъекций;
2. **Сальбутамол 100 мкг/доза аэрозоль; 2 мг, 4 мг табл.; 20 мл раствор для небулайзера;
3. *Ипратропия бромид 100 мл аэрозоль;
4. **Теофиллин 100 мг, 200 мг, 300 мг табл.; 350 мг таблетка ретард;
5. **Амброксол 30 мг табл.; 15 мг/2 мл амп.; 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл сироп;
6. *Ацетилцистеин 2% 2 мл амп.; 100 мг, 200 мг табл.;
7. *Преднизолон 30 мг/мл амп.; 5 мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Тербуталин 1000 мг табл.;
2. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг табл.; 250 мг; 500 мг капсул.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
3. *Амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг табл.; 600 мг во флаконе, раствор для инъекций.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. PRODIGY Guidance - Chronic obstructive pulmonary disease Last revised in July 2005 www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=COPD
2. ICSI Institute For Clinical, Systems Improvement, Health Care Guideline, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Fourth Edition December 2004, www.icsi.org
3. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Australian and New Zealand Management Guidelines and the COPD Handbook Version 1, November 2002
4. GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease), National Institute For Health, National Heart, Lung And Blood Institute, март 2004
5. З.Р. Айсанов, А.Н. Кокосов, С.И. Овчаренко Н.Г. Хмелькова, А.Н. Цой А.Г. Чучалин, Е.И. Шмелев Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа РМЖ, Том 9 № 1, 2001

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Хронический нефритический синдром у детей

Код протокола: 11-1176

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. исчезновение отеков;
2. нормализация артериального давления;
3. уменьшение/исчезновение протеинурии, гематурии;
4. снижение СОЭ.

Длительность лечения (дней): 16

Коды МКБ:

N03 Хронический нефритический синдром

N03.0 Хронический нефритический синдром, незначительные гломерулярные нарушения

V03.1 Хронический нефритический синдром, очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения

N03.2 Хронический нефритический синдром, диффузный мембранозный гломерулонефрит

N03.3 Хронический нефритический синдром, диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит

N03.4 Хронический нефритический синдром, диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

N03.5 Хронический нефритический синдром, диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит

N03.6 Хронический нефритический синдром, болезнь плотного осадка

N03.7 Хронический нефритический синдром, диффузный серповидный гломерулонефрит

N03.8 Хронический нефритический синдром, другие изменения

N03.9 Хронический нефритический синдром, неуточненное изменение

Определение: Хронический нефритический синдром включает протеинурию, гематурию, умеренные отеки/или артериальную гипертензию, продолжающиеся в течение длительного времени. Это большая разнородная группа первичных и вторичных хронических гломерулонефритов.

Классификация:

1. хронический нефритический синдром;
2. хронический нефритический синдром, незначительные гломерулярные нарушения;
3. хронический нефритический синдром, очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения;
4. хронический нефритический синдром, диффузный мембранозный гломерулонефрит;
5. хронический нефритический синдром, диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит;
6. хронический нефритический синдром, диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит;
7. хронический нефритический синдром, диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит;
8. хронический нефритический синдром, болезнь плотного осадка;
9. хронический нефритический синдром, диффузный серповидный гломерулонефрит;
10. хронический нефритический синдром, другие изменения;
11. хронический нефритический синдром, неуточненное изменение.

Факторы риска:

1. инфекции;
2. другие неспецифические факторы (лекарства, травма, аллергические реакции, охлаждение, и др.);
3. наследственная предрасположенность;

4. системные заболевания.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. верификация диагноза (комплексное морфологическое исследование биоптата почки);
2. определение тактики иммуносупрессивной и нефропротективной терапии;
3. тяжесть состояния, отсутствие эффекта от лечения.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Общий анализ мочи в динамике с суточной протеинурией;
2. Общий анализ крови;
3. Креатинин сыворотки крови;
4. УЗИ почек и органов брюшной полости;

Критерии диагностики:

1. необратимое длительное течение нефрита (протеинурия, гематурия, периодически – отеки и/или гипертония);
2. морфологический тип хронического ГН (для всех – основной критерий);
3. признаки люпус-нефрита или других системных заболеваний (LE-кл, АНА, пАНКА, ц-АНКА, волчаночный антикоагулянт, антикардиолипидные антитела);
4. гипокомплементемия (мембрано-пролиферативный ГН и др);
5. повышение IgA (при болезни Берже);
6. маркеры гепатита В и С (мембранозный ГН, мембрано-пролиферативный ГН);
7. расчетные показатели СКФ по креатинину – критерий для определения стадий болезни.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мочи и суточная протеинурия – в г/сут и/или с определением протеин-креатининового коэффициента;
2. Общий анализ крови;
3. Иммуноглобулины в сыворотке крови;
4. Белок и белковые фракции;
5. Проба Зимницкого;
6. Мониторинг артериального давления;
7. Креатинин, мочевины в сыворотке крови;
8. Калий, натрий, кальций, фосфор, магний в сыворотке крови;
9. Холестерин и липидные фракции;
10. Коагулограмма;
11. УЗИ почек и органов брюшной полости;
12. Проба Реберга.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Бак. посев мочи с определением чувствительности флоры;
2. Фазово-контрастная микроскопия;
3. Фракции комплемента (С3, С4) в сыворотке крови;
4. Расчет СКФ по Шварцу;
5. LE-кл, АНА, пАНКА, ц-АНКА, волчаночный антикоагулянт, антикардиолипидные антитела;
6. Определение концентрации циклоспорина А;
7. Маркеры гепатита В и С;
8. Кислотно-щелочное равновесие ;
9. Уровень паратгормона при почечной недостаточности ;
10. Электрокардиография;
11. Рентгенография грудной клетки;
12. Морфологическое исследование с использованием методов световой, иммунофлюоресцентной и электронной микроскопии.

Тактика лечения:

1. Диета с ограничением соли и белка

2. Лечение отека диуретиками: фуросемид* 40-80 мг/кг per os или с в/в с глюкозой* или реополиглюкином*, альбумином* в зависимости от выраженности отеков. Сочетание с гидрохлортиазидом* по 50-100 мг, спиронолактоном* по 25-50 мг.

3. Лечение гипертензии ингибиторами АПФ (фозиноприл 10-20 мг/с, эналаприл – 2,5-5-10 мг/с) При необходимости – блокаторы кальциевых каналов (негидропиридиновые и пролонгированные – дилтиазем*, верапамил* 40 мг/сут., амлодипин* 5-10 мг/сут.), β -блокаторы (атенолол*)

4. Антибактериальная терапия при наличии очагов инфекций (амоксиклав*, макролиды) Специфические мероприятия (в зависимости от морфологического диагноза):

1) Иммуносупрессивная терапия, включая кортикостероиды (преднизолон*, преднизон* по 60 мг/м² /сутки, per os, метилпреднизолон* в/в по 20-30 мг/кг «пульсами»), алкилирующие агенты (циклофосфамид* 2-3 мг/кг/сут, хлорамбуцил* 0,2-0,3 мг/кг/сут), другие цитотоксические препараты (азатиоприн* 2-3 мг/кг, микофенолат мофетил* - ММФ 1-2 г/сут), циклоспорин*А 5-6 мг/кг/сут.

Выбор препарата, схемы лечения и длительность ее – индивидуально.

К настоящему времени чаще используют:

- При быстро прогрессирующем течении любого варианта заболевания «пульсы» сверхвысокими дозами метилпреднизолона * 20-30 мг/кг в/в и циклофосфамидом * 15-20 мг/кг в/в 1 раз в неделю в течении 3-4 недель.

- При фокально-сегментарном гломерулосклерозе препарат выбора – циклоспорин* А длительно в сочетании с преднизолоном *

- При люпус-нефрите – циклофосфамид* 8-12 недель, с поддерживающим курсом лечения ММФ или азатиоприном*.

- При мембранозной и мембрано-пролиферативной нефропатиях – лечение первичного заболевания (гепатиты В и С), α -интерфероны, ламивудин*.

При мембранозной нефропатии можно применять метод Понтичелли (у старших детей) – чередующиеся циклы лечения преднизолоном* и хлорамбуцилом*. При мембрано-пролиферативном гломерулонефрите 1 типа используют альтернативное лечение преднизолоном* (40-60 мг/м² / 48 час)

2) Другие методы. По показаниям – плазмаферез в сочетании с иммуносупрессивной терапией. При IgA – нефропатии – рыбий жир (эффективность не доказана).

3) При отсутствии контролируемых исследований и четких показаний к иммуносупрессивной терапии при всех хронических болезнях почек:

- Ингибиторы АПФ (фозиноприл, эналаприл, лизиноприл*)
- Антагонисты рецепторов ангиотензина II (лозартан*, ирбесартан* и др.).
- Статины (симвастатин*, аторвастатин*)

Дозы нефропротективных препаратов начинаются с минимальных, титруются под контролем протеинурии, АД, креатинину, калию.

• Низкобелковая диета

Для профилактики осложнений от лечения:

1. карбонат кальция* 0,5-2,0;
2. вит.Д₃* – 2-5 тыс. МЕ;
3. хлористый калий*1,0-4,0;
4. флуконазол;
5. левамизол*;
6. ацикловир.

Перечень основных медикаментов:

1. *Фуросемид 40 мг, табл.; 20 мг/2 мл амп;
2. *Гидрохлортиазид 25 мг, табл.;
3. *Спиронолактон 25-50 мг;
4. *Эналаприл 2,5 мг, 10 мг, табл.; 1,25 мг/1 мл амп.;
5. *Преднизолон 5 мг, табл.; 30 мг/мл амп.;

6. *Циклофосфамид 50 мг, драже; 200 мг, 500 мг во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
7. *Хлорамфеникол 250 мг, капс.; 500 мг табл.; 1000 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора;
8. *Циклоспорин А 25 мг, 100 мг, капс.;
9. *Метилпреднизолон 4 мг, 16 мг, табл.; 40 мг/мл, 80 мг/2мл, порошок для приготовления раствора для инъекций.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Фозиноприл 80 мг, табл.;
2. * Дилтиазем 40 мг, табл.;
3. *Верапамил 40 мг, 80 мг, табл.;
4. *Амлодипин 5 мг, 10 мг, табл.;
5. *Глюконат кальция 500 мг, табл.; 100 мг/10 мл, ампл., раствор для инъекций;
6. Витамин Д₃ 10 мл раствор масляный; 10 мл раствор водный;
7. *Хлористый калий порошок 0,5-1,0 г;
8. *Преднизолон 30 мг/мл, раствор для инъекций;
9. *Альбумин 5%, 10%, 20% раствор для инфузий во флаконе;
10. *Азатиоприн 50 мг табл.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1-246.
2. Haematuria EBM Guidelines 26.8.2004
3. Glomerulonephritis CLINICAL PRACTICE GUIDELINES MOH Clinical Practice Guidelines 6/2001 <http://www.gov.sg/moh/pub/cpg/cpg.htm>
4. Hematuria. Philadelphia (PA): Intracorp; 2005. Various p.
5. Singapore Ministry of Health. Glomerulonephritis. Singapore: Singapore Ministry of Health; 2001 Oct. 132 p
6. Glomerulonephritis EBM Guidelines 19.6.2004

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

Хронический гастродуоденит у детей

Код протокола: 06-072a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. снятие обострения заболевания;
2. купирование болевого и диспептического синдромов;
3. эрадикация *H. pylori*.

Длительность лечения (дней): 18

Коды МКБ:

K29.3 Хронический поверхностный гастрит

K29.4 Хронический атрофический гастрит

K29.5 Хронический гастрит неуточненный

K29.6 Другие гастриты

K29.8 Дуоденит

K29.9 Гастродуоденит неуточненный

K29.0 Острый геморрагический гастрит

K29.1 Другие острые гастриты

Определение: Хронический гастродуоденит – хроническое рецидивирующее заболевание, сопровождающееся специфической воспалительной и структурной перестройкой СОЖ и ДК (очаговой или диффузной) и различными секреторными и моторно-эвакуаторными нарушениями.

Классификация: («Сиднейская система», 1990)

I. Морфологическая часть:

1. Диагноз, основанный на эндоскопическом исследовании:
 - а) поверхностный (эритематозный), эрозивный, геморрагический;
 - б) атрофический (умеренный, выраженный);
 - в) гиперпластический.
2. Диагноз, основанный на гистологическом исследовании слизистой желудка:
 - а) воспаление с эрозиями, кровоизлияниями;
 - б) атрофический (умеренный, выраженный);
 - в) нарушение клеточного обновления – метаплазия эпителия.

II. Этиологическая часть:

1. Аутоиммунный (тип А);
2. *H. pylori*-ассоциированный (тип В);
3. Реактивный (тип С).

III. Топографическая часть:

1. антральный;
2. фундальный;
3. тотальный (пангастрит).

IV. Активность процесса:

1. отсутствует;
2. умеренная;
3. выраженная.

При отсутствии гистологических данных морфологическая характеристика гастрита опускается. Общепринятой классификации хр.гастродуоденита нет. В педиатрической практике чаще используется следующая классификация (А.В.Мазурин и соавт., 1984 с дополнениями)

I. По происхождению: первичный и вторичный.

II. По наличию инфицированности H.pylori: есть, нет

III. По распространенности патологического процесса:

1. Гастрит: ограниченный (антральный, фундальный), распространенный;
2. Дуоденит: ограниченный (бульбит), распространенный.

IV. По морфологическим формам поражения желудка и двенадцатиперстной кишки:

1. Эндоскопически: поверхностный, гипертрофический, эрозивный, геморрагический, субатрофический, смешанный;
2. Гистологически: поверхностный, диффузный (без атрофии, субатрофический, атрофический).

V. По характеру кислотообразующей и секреторной функции желудка: с повышенной функцией, с сохраненной функцией, с пониженной функцией.

VI. Дуоденогастральный рефлюкс (есть, нет)

VII. Фазы заболевания: обострение, неполная клиническая ремиссия, полная клиническая ремиссия, клинко-эндоскопически-морфологическая ремиссия (выздоровление).

Примечание: при отсутствии гистологических данных морфологическая характеристика гастродуоденита опускается.

Факторы риска:

1. H.pylori;
2. неправильное питание;
3. стрессы
4. аллергия;
5. прием НПВС;
6. проникающая радиация;
7. глистная инвазия;
8. наследственная предрасположенность;
9. нарушение моторики верхних отделов ЖКТ;
10. генетическая предрасположенность.

Поступление: плановое, экстренное при выраженном болевом синдроме.

Показания для госпитализации:

1. признаки обострения заболевания (болевой синдром, диспепсия),
2. частые рецидивы заболевания,
3. неэффективность амбулаторного лечения.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. ФЭГДС;
2. АЛТ, АСТ, билирубин;
3. кал на яйца гельминтов

Критерии диагностики:

1. боли в области пупка и пилородуоденальной зоне;
2. выраженные диспептические проявления (тошнота, отрыжка, изжога, реж - рвота);
3. сочетание ранних и поздних болей;
4. эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДК (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.);
5. наличие H.pylori.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (Er, Hb, L, лейкоформула, СОЭ) ;
2. Общий анализ мочи;
3. Копрограмма;
4. УЗИ органов брюшной полости;
5. Эзофагогастродуоденоскопия;

6. Диагностика *H. pylori* (дыхательный тест, HpSA в кале, определение IgG к HP, уреазный тест, браш-цитология) ;
7. Консультация стоматолога;
8. Консультация невропатолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Электрокардиография;
2. Гистологическое исследование биоптата;
3. Суточная рН-метрия верхних отделов ЖКТ - (требуется внедрение) ;
4. Определение сывороточного Fe ;
5. Определение диастазы;
6. Электроэнцефалография;
7. Реоэнцефалография ;
8. Исследование желудочного сока;
9. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием.

Тактика лечения:

Терапия должна быть комплексной, индивидуально дифференцированной с учетом этиопатогенеза заболевания, наличия сопутствующей патологии и направлена на:

1. Уменьшения избыточного воздействия агрессивных факторов путем их ликвидации (эрадикация *H. pylori*) и нейтрализации непосредственно в просвете желудка и нормализация секреторно-моторной деятельности желудка
2. повышение качества защитных свойств слизистой оболочки (СО) желудка и двенадцатиперстной кишки путем усиления образования слизи, стимуляции секреции бикарбонатов в антральном отделе желудка, улучшением трофики СО, нормализации ее репаративных свойств и т.д.
3. воздействие на вегетативную нервную систему с целью коррекции нарушенного равновесия между ее симпатическим и парасимпатическим отделами

Немедикаментозное лечение

Диета №1 (1а, 5) с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острые приправы, маринованные и копчёные продукты). Питание дробное, 5~6 раз в сутки.

В соответствии с Маастрихтским консенсусом (2000 г.) по методам лечения инфекции HP приоритет отдан схемам на основе ингибиторов протонной помпы, как наиболее мощным из антисекреторных препаратов. Известно, что они способны поддерживать рН больше 3 в желудке в течение не менее 18 часов в сутки, что обеспечивает обратное развитие воспалительного процесса слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки. Кроме того, сами ИПП обладают антибактериальной активностью. По антихеликобактерной активности рабепразол превосходит другие ИПП /7/ и, в отличие от других ИПП, метаболизируется неферментным путем и выводится преимущественно через почки /8/. Такой путь метаболизма менее опасен в отношении возможных побочных реакций при сочетании ИПП с другими препаратами, конкурентно метаболизирующимися системой цитохрома P450 /8/.

Терапия первой линии - трехкомпонентная терапия.

Ингибитор протонного насоса (рабепразол* или омепразол* по 20 мг., или лансопразол 30мг, или эзомепразол 20мг) + кларитромицин* 7,5мг/кг(max-500 мг) + амоксициллин* 20-30мг/кг(max 1000 мг) или метронидазол* 40мг/кг(max500 мг); все лекарственные средства принимают 2 раза в день в течение 7 дней. Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии.

В случае неэффективности препаратов первой линии, безуспешной эрадикации, назначается повторный курс комбинированной терапии (квадротерапия) с дополнительным включением

коллоидного субцитрата висмута* по 4мг/кг(маx 120 мг) 3 раза в день за 30 мин. до еды и 4-ый раз спустя 2 часа после еды, перед сном. Включение данного препарата потенцирует антихеликобактерное действие других антибиотиков.

Правила применения антихеликобактерной терапии:

1. Если использование схемы лечения не приводит к наступлению эрадикации, повторять её не следует.
2. Если использованная схема не привела к эрадикации, это означает, что бактерия приобрела устойчивость к одному из компонентов схемы лечения (производным нитроимидазола, макролидам).
3. Если использование одной, а затем другой схемы лечения не приводит к эрадикации, то следует определять чувствительность штамма *H. pylori* ко всему спектру используемых антибиотиков.
4. При появлении бактерии в организме больного через год после окончания лечения ситуацию следует расценивать как рецидив инфекции, а не как реинфекцию.
5. При рецидиве инфекции необходимо применение более эффективной схемы лечения.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение ещё в течение 1 недели с использованием одного из антисекреторных препаратов. Предпочтение отдается ингибиторам протонного насоса (рабепразол*, пантопразол, омепразол*, эзомепразол), т.к. после отмены последних (в отличие от блокаторов H_2 -рецепторов гистамина) не наблюдается так называемого синдрома секреторного «рикошета».

С целью снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции экзокринных желез назначается гиосцин бутилбромид (бускопан) по 10 мг 2-3 раза в день. При необходимости — антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель), цитопротекторы (сукральфат, де-нол, вентрисол, бисмофальк), синтетические простагландины E_1 (мисопропростол), протекторы слизистой оболочки (солкосерил, актовегин), вегетотропные препараты (Микстура Павлова, настой корня валерианы). Продолжительность лечения - не менее 4 недель /5/.

Для нормализации моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела пищеварительного тракта, желчевыводящих путей показано использование прокинетики - домперидон* по 0,25-1,0мг/кг 3-4 раза в день за 20-30 мин. до еды в течение не менее 14 дней.

При экскреторной недостаточности поджелудочной железы назначается панкреатин* по 10 000 ЕД по липазе х 3 раза во время еды в течение 2 недель.

При наличии дуодено-гастрального рефлюкса включаются адсорбенты: смекта*, холестирамин, билигнин в возрастной дозировке 3 раза в день за 40 -60 мин. до приема пищи и на ночь, не смешивая с другими препаратами и едой. Курс 10-14 дней.

Перечень основных медикаментов:

1. *Рабепразол 20мг, 40 мг табл;
2. *Омепразол 20мг табл.;
3. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл.;
4. *Амоксициллин 250мг, 500мг, 1000мг табл.; 500мг капсула;
5. *Домперидон 10мг табл.;
6. *Фамотидин 40 мг табл.; 20 мг раствор для инъекций;
7. *Смектит порошок для приготовления суспензии для приема внутрь;
8. *Висмута трикалия дицитрат 120мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Гиосцин бутилбромид 10 мг драже; 1 мл амп., 10мг свечи;
2. *Метронидазол 250мг табл.; 0,5 во флаконе 100мл раствор для инфузий;
3. *Панкреатин 4500 ЕД, капс;
4. Павлова микстура 200 мл.

Критерии перевода на следующий этап лечения: уменьшение активности воспаления, купирование болевого и диспептического синдромов, эрадикация *H.pylori* (контроль проводится через 1 мес. после завершения терапии).

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Клинические рекомендации основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред И.Н.Денисова,
2. В.И.Кулакова, Р.М.Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1248 с.:ил.
3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. – М – Медиа Сфера, 2003.
4. Gastritis. Philadelphia: Intracorp, 2005.
5. М.Ю.Денисов. Практическая гастроэнтерология для педиатра.-М, 1999.
6. Детская гастроэнтерология / под ред. А.А.Баранова – М.2002, 592с.
7. Kawasami Y., Akahane T., Yamaguchi M. et al. In vitro activities of rabeprazole, a novel proton pump inhibitor, and its thioether derivative alone and in combination with other antimicrobials against recent clinical isolates of *H.pylori*. Antimicrob Agents Chemother, 2000. vol.44, N2.- P.458-461.
8. H. Holtmann, P. Bytzer, M. Metz, V. Loeffler. A randomized, double-blind, comparative study of standard-dose rabeprazole and high-dose omeprazole in gastro-oesophageal reflux disease/ Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 479-485

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

Хронический холецистит у детей

Код протокола: 07-0756

Профиль: педиатрический

Этап лечения: стационар

Цель этапа:

1. снятие обострения заболевания,
2. коррекция моторных нарушений,
3. купирование болевого и диспептического синдромов.

Длительность лечения (дней): 14

Коды МКБ:

K81 Холецистит

K81.1 Хронический холецистит

K83.0 Холангит

K91.5 Постхолецистэктомический синдром

Определение: Хронический холецистит – это хроническое воспалительное поражение стенки желчного пузыря с постепенным его склерозированием и деформацией.

Классификация:

1. По течению: острое, хроническое, рецидивирующее;
2. По характеру воспаления: катаральный, флегманозный, гангренозный;
3. По фазе заболевания: обострения, неполная ремиссия, ремиссия.

Факторы риска:

1. наследственная предрасположенность;
2. аномалии желчных путей;
3. нарушение моторики желчных путей;
4. изменение физико-коллоидных свойств, pH, бактерицидности желчи;
5. наличие хронических очагов инфекции;
6. неправильное питание.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. выраженные болевой синдром и диспепсия;
2. частые (более 3 раз в год) рецидивы.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. УЗИ органов брюшной полости;
2. Общий анализ крови;
3. АЛТ, АСТ, билирубин;
4. Копрограмма, соскоб на энтеробиоз.

Критерии диагностики:

1. тупые приступообразные боли в правом верхнем квадранте (особенно после жирной и жареной пищи) в сочетании с диспептическими расстройствами;
2. положительные «пузырные» симптомы, интоксикация, лихорадка;
3. на УЗИ – уплотнение и утолщение желчного пузыря свыше 2 мм, увеличение его размеров более чем на 5мм² от верхней границы нормы, наличие паравизикальной эхонегативности, сладж-синдром (Международные критерии воспаления желчного пузыря, Вена, 1998).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. УЗИ органов брюшной полости;
2. Общий анализ крови (6 параметров) ;
3. Общий анализ мочи;
4. Определение АСТ;

5. Определение АЛТ;
6. Определение билирубина;
7. Исследование кала на копрологию;
8. Консультация отоларинголога;
9. Консультация стоматолога;
10. Дуоденальное зондирование;
11. Бактериологический анализ желчи.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Эзофагогастродуоденоскопия;
2. Холецистохолангиография;
3. Определение диастазы;
4. Определение щелочной фосфатазы;
5. Определение холестерина;
6. Холангиопанкреатография (компьютерная, магнитно-резонансная томография) ;
7. Ретроградная холангиопанкреатография;
8. Электрокардиография.

Тактика лечения:

1. Диетотерапия.
2. Противовоспалительная терапия.
3. Метаболическая терапия.
4. Коррекция моторных нарушений.
5. Желчегонная терапия.

Задачи лечения: устранить инфекцию в желчном пузыре; нормализовать функцию сфинктеров билиарной системы; снизить литогенность желчи. Для устранения инфицированности желчи используются антибактериальные препараты широкого спектра действия, участвующие в энтеропатической циркуляции, накапливающиеся в терапевтических концентрациях в желчном пузыре. Препаратами выбора являются котримаксазол* по 240-480мг 2 раза в сутки. Также могут быть назначены цiproфлоксацин* во внутрь 250-500мг 2 раза в сутки, ампициллина тригидрат* 250-500мг 2 раза в сутки, эритромицин* 200-400мг/сут каждые 6 часов, фуразолидон* 10мг/кг/сут в 3 приема или метронидазол* 125-500мг/сут. в 2-3 приема. Назначения двух последних препаратов особенно целесообразно при выявлении лямблиоза. Терапию антибактериальными средствами проводят, в среднем, в течение 8-10 дней. Однако, с учетом выделенной из желчи микрофлоры и ее чувствительности, лечение может быть удлинено или изменено.

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг\кг\день, детям старше 5 лет.

Симптоматическая лекарственная терапия используется по показаниям:

- для нормализации двигательной функции желчевыводящих путей рекомендуется прокинетики - домперидон по 0,25-1,0мг/кг 3-4 раза в день за 20-30 мин. до еды продолжительностью курса 3 недели;
- Желчегонные – силимарин с фумарином* по 1-2 капсуле 3 раза в день до еды, или магния сульфат*, продолжительность курса не менее 3 недель, химические холеретики - оксифенамид (или другие препараты, усиливающие холерез и холекинез), продолжительность курса не менее 3-х недель. С целью снижения литогенности желчи, стимуляции образования и выделения желчи, назначить препарат урсодезоксихолевой кислоты* из расчета 10 мг/кг веса 1раз в день на ночь в течение 14 -20 дней.
- при экскреторной недостаточности поджелудочной железы назначается панкреатин* по 10 000 ЕД по липазе x 3 раза во время еды в течение 2 недель.

- Алгелдрат+Магния гидроксид*, (или другой невсасывающийся антацидный препарат) по одной дозе спустя 1,5-2 часа после еды.

Больные нуждаются в диспансерном наблюдении, а также санации хронических очагов инфекции, т.к. 40% больных страдают хроническим тонзиллитом, глистной инвазией и лямблиозом.

Перечень основных медикаментов:

1. *Ампициллина тригидрат 250 мг табл.; 250 мг, 500мг капсула; 500мг, 1000мг порошок для приготовления инъекционного раствора; 125/5 мл во флаконе суспензия;
2. *Эритромицин 250 мг, 500 мг табл.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
3. *Фуразолидон 0,5 мг;
4. *Орнидазол 250мг, 500мг табл.;
5. *Метронидазол 250мг табл; 0,5 во флаконе 100мл раствор для инфузий;
6. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.
7. *Домперидон 10мг табл.;
8. *Фумарин, капс.;
9. *Магния сульфат 25% 20 мл ампл.;
10. *Панкреатин 4500 ЕД капс;
11. Алгелдрат+магния гидроксид 15мл;
12. *Пирантел 250 мг табл.; 125 мг пероральная суспензия;
13. Ко-тримаказол 240, 480мг табл.;
14. *Мебендазол 100 мг жевательная табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Оксифенамид 250 табл.;
2. *Ципрофлоксацин 250 мг, 500 мг табл.; 200 мг/100 мл во флаконе, раствор для инфузий;
3. *Урсодезоксихолевая кислота 250мг, капс.
4. Селимарин капс.

Критерии перевода на следующий этап лечения: снятие обострения заболевания, купирование болевого и диспептического синдромов.

Литература, использованная при подготовке протокола:

- 1 Клинические рекомендации основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М.Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1248 с.:ил.
2. Клинические рекомендации+фармакологический справочник: Под ред И.Н.Денисова, Ю.Л. Шевченко – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 1184 с.:ил. (серия «Доказательная Медицина»)
3. Society of Nuclear Medicine Procedure Guideline for Hepatobiliary Scintigraphy version 3.0, approved June 23, 2001 SOCIETY OF NUCLEAR MEDICINE PROCEDURE GUIDELINES MANUAL MARCH 2003
4. EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHOLECYSTITIS Domingo S. Bongala, Jr., MD, FPCS, Committee on Surgical Infections, Philippine College of Surgeons, Epifanio de los Santos Avenue, Quezon City, Philippines

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

Хронический панкреатит у детей

Код протокола: 07-075в

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. достижение клинико-лабораторной ремиссии;
2. купирование болевого, диспептического и диарейного синдромов;
3. нормализация уровня ферментов крови и мочи.

Длительность лечения (дней): 14

Коды МКБ:

- K86.0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии
- K86.1 Другие хронические панкреатиты
- K86.2 Киста поджелудочной железы
- K86.3 Ложная киста поджелудочной железы
- K86.8 Другие уточненные болезни поджелудочной железы
- K86.9 Болезнь поджелудочной железы неуточненная

Определение: Хронический панкреатит (ХП) - воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы длящееся более 6 месяцев и характеризующееся развитием фиброза паренхимы и функциональной недостаточностью.

Классификация: (Г. В. Римарчук)

В соответствии с этой классификацией хронический панкреатит обозначается следующими параметрами:

1. по происхождению — первичный и вторичный;
2. по течению заболевания — рецидивирующее, монотонное;
3. по тяжести заболевания — легкая, среднетяжелая, тяжелая;
4. по функциональному состоянию поджелудочной железы:
 - а) внешнесекреторная функция — гипосекреторный, гиперсекреторный, обтурационный, нормальный тип панкреатической секреции;
 - б) внутрисекреторная функция — гиперфункция, гипофункция инсулярного аппарата;
5. по осложнениям — ложная киста, панкреолитиаз, сахарный диабет, плеврит и т.д.;
6. по сопутствующим заболеваниям — язвенная болезнь, гастродуоденит, холецистохолангит, гепатит, энтерит, колит, неспецифический язвенный колит и др.

Факторы риска:

1. перенесенный острый панкреатит;
2. генетическая предрасположенность;
3. тупая травма живота;
4. муковисцидоз;
5. инфекции — эпидемический паротит, иерсиниозная инфекция, ветряная оспа, вирусный гепатит, вирусы Коксаки, Mycoplasma;
6. гельминтозы;
7. обструктивные нарушения выводных протоков pancreas: аномалии железы, общего желчного протока, патология 12-перстной кишки, билиарной системы, гельминтозы;
8. токсическое и медикаментозное воздействие - кортикостероиды, сульфаниламиды, фуросемид, 6-меркаптопурин, азатиоприн и др. цитостатики, фуросемид, эстрогены, тетрациклин, вальпроевая кислота, пентамидин, соли тяжелых металлов;
9. другие причины (аллергия, болезни соединительной ткани, гиперлипидемия, гиперкальциемия).

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. выраженный болевой синдром и диспепсия;
2. похудание;
3. частые рецидивы заболевания;

4. неэффективность амбулаторного лечения.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. общий анализ крови (6 параметров);
2. АЛТ, АСТ, билирубин;
3. общий анализ мочи;
4. соскоб;
5. исследование кала на копрологию;
6. определение диастазы;
7. УЗИ органов брюшной полости.

Критерии диагностики:

1. иррадиирующие в спину эпигастральные опоясывающие боли, провоцируемые приемом пищи;
2. диспепсические расстройства: нарушение аппетита, отрыжка, тошнота, рвота, метеоризм, повышенное слюноотделение. Склонность к запорам, чередование запоров с поносом, снижение массы тела, а также выраженные астеновегетативные проявления;
3. гиперферментемия и гиперферментурия;
4. интоксикация различной степени.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АСТ;
4. Определение АЛТ;
5. Определение билирубина ;
6. Определение фекальной эластазы-1 (требует внедрения);
7. Рентгенопленочный тест;
8. Исследование кала на копрологию;
9. Провокационный тест с глюкозой;
10. Определение диастазы;
11. Определение глюкозы;
12. УЗИ органов брюшной полости;
13. Эзофагогастродуоденоскопия;
14. Консультация отоларинголога;
15. Консультация стоматолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Холангиопанкреатография (компьютерная, магнитно-резонансная томография);
2. Ретроградная панкреатохолангиография;
3. Рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ;
4. Соскоб;
5. Определение холестерина.

Тактика лечения:

1. Диетотерапия
2. Спазмолитическая терапия
3. Антисекреторная терапия
4. Противовоспалительная терапия
5. Заместительная ферментотерапия

Лечение обострения заболевания проводится в стационаре.

При выраженном обострении в первые дни рекомендуется воздержаться от приема пищи. По мере стихания симптомов болезни постепенно переходят к пероральному приему пищи, соблюдая принцип дробного питания. Диета характеризуется физиологическим содержанием белка, ограничением жира, углеводов и максимальным исключением экстрактивных веществ и сокогонных продуктов (сырые овощи и фрукты, соки) - стол №5 «панкреатический» - протертый вариант. Через 1-1,5 мес. ребенок переводится на непротертый вариант.

С целью понижения тонуса гладких мышц внутренних органов, снижения их

сократительной активности, уменьшение секреции экзокринных желез - гиосцин бутилбромид (раствор для инъекций 10мг в 1 мл, драже по 10 мг., свечи по 10мг) или фенпивериния бромид или платифиллин* по 0,5-3,0 мл х 2-3 раза в день в сочетании с анальгетиками (баралгин, триган).

С целью подавления желудочной секреции используют ингибиторы протонной помпы (рабепразол* 20 мг, омепразол* 20мг, эзомепразол 20мг) - на ночь в течение 2-3 нед. При невозможности перорального приема парентерально вводятся блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (фамотидин*).

Внутрь на 3-4 нед. назначаются антацидные препараты: гель фосфата алюминия и пектин для перорального применения, или магний и алюминий силикат, или гидроокись алюминия и магния, кремнекислый водный алюминий-магний.

При необходимости назначается инфузионная терапия – гемодез, декстраны.

При высокой (более чем в 10 раз от нормы) ферментемии и/или ферментурии назначаются антиферментные препараты – ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, трасилол)

Угроза формирования кист и свищей, перитонита, вторичного инфицирования требует назначения антибактериальной терапии: цефалоспорины*, кларитромицин*.

При стихании клинических симптомов обострения: постепенная отмена анальгетиков. Для нормализации двигательной функции двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей показано использование прокинетики - домперидон* по 0,25-1,0мг/кг 3-4 раза в день за 20-30 мин. до еды. При отсутствии высокой ферментемии и/или ферментурии - с каждым приемом пищи назначается ферментный некомбинированный препарат панкреатин* (по 1-2 капсулы). Ферментная терапия проводится длительно до 3-х – 6 месяцев.

Больные с хроническим панкреатитом подлежат диспансерному наблюдению после выписки из стационара (повторный осмотр и обследование в амбулаторно-поликлинических условиях) дважды в год.

Перечень основных медикаментов:

- 1.* Рабепразол 20мг, 40 мг табл.;
- 2.* Омепразол 20мг табл.;
- 3.* Алгелдрат+магния гидроксид 15мл;
- 4.* Панкреатин 4500 ЕД, капс;
- 5.* Домперидон 10мг табл.;
- 6.* Цефалексин 250 мг, 500 мг табл. и капс.; 125 мг, 250 мг/5 мл суспензия и сироп;
- 7.* Дротаверин 40 мг, 80 мг табл.; 40 мг/2мл. раствор для инъекций

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Гиосцин бутилбромид 10 мг драже; 1 мл в амп.; 10мг свечи;
2. * Кларитромицин 250мг, 500мг табл.;
3. * Цефуоксим аксетил 125мг табл.;
4. * Платифиллин 0,2% амп.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

купирование болевого, диспептического и диарейного синдромов

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Chronic pancreatitis. EBM Guidelines. 4.3.2005 Author: Pauli Puolakkainen. Article ID: ebm00209 (009.031)
2. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: treatment of pain in chronic pancreatitis. Gastroenterology 1998 Sep;115(3):763-4.
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.
4. Детская гастроэнтерология / под ред. Баранова А.А., - М.2002

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

Хронический бронхит у детей

Код протокола: 04-042

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа:

1. уточнение диагноза и ликвидация воспалительного процесса в бронхах;
2. купирование симптомов дыхательной недостаточности, общей интоксикации;
3. восстановление ОФВ1.

Длительность: 11 дней

Коды МКБ:

- J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический
- J41.0 Простой хронический бронхит
- J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит
- J41.8 Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит
- J42 Хронический бронхит неуточненный

Определение: Хронический бронхит - заболевание, характеризующееся наличием кашля с выделением мокроты не менее 3 месяцев в году на протяжении не менее 2 лет подряд, если этот кашель не обусловлен другой органической причиной.

Классификация:

1. обструктивный;
2. необструктивный;
3. простой;
4. слизисто-гнойный;
5. смешанный.

Факторы риска:

1. вирусы, бактерии, грибы, простейшие и их ассоциации, внутриклеточные патогенны;
2. загрязнение окружающего воздуха;
3. табачный дым;
4. иммунодефицитные состояния;
5. хронические заболевания ЛОР-органов;
6. генетическая предрасположенность;
7. пороки развития бронхолегочного аппарата;
8. астма в личном и семейном анамнезе;
9. инородное тело;
10. низкое социально-экономическое положение.

Поступление: плановое, экстренное.

Показания для госпитализации:

Период обострения:

1. дыхательная недостаточность с втяжением нижней части грудной клетки;
2. признаки токсикоза (отказ от еды и питья, сосания груди, нарушение сознания);
3. судороги;
4. для уточнения диагноза и тактики лечения.

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. общий анализ крови (6 параметров);
2. общий анализ мочи;
3. R-графия органов грудной клетки.

Критерии диагностики:

1. увеличение секреции мокроты;
2. диспноэ, учащение дыхания;

3. свистящие и/или диффузные хрипы;
4. изменение параметров функций внешнего дыхания, данных пикфлоуметрии;
- 5.изменения при исследовании газов крови.

Перечень основных диагностических мероприятий

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Общий анализ мокроты;
4. Анализ чувствительности к антибиотикам.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий

1. Рентгенография органов грудной клетки;
2. Посев биол.жидкости с отбором колоний;
3. Исследование функций внешнего дыхания;
4. Бронхоскопия;
5. Электрокардиография;
6. Консультация оториноларинголога.

Тактика лечения:

1. Бронхолитическая терапия (по показаниям): холинолитики (ипратропиума бромид*, b₂-агонисты (фенотерол*, сальбутамол,) и метилксантины – теофиллин.*. Предпочтение отдается ингаляционным формам.
2. Муколитическая терапия (мукалтин*, амброксол*, ацетилцистеин*, карбоцистеин*).
3. Оксигенотерапия (по показаниям).
4. Массаж грудной клетки (дренажный).
5. Антибактериальная терапия.
6. Противовоспалительная терапия (по показаниям): кортикостероиды, кромоны (ингаляционные).
7. Иммунокоррекция (по показаниям).
8. Реабилитационная терапия.

Противоинфекционная терапия

Антибиотики назначают при увеличении количества мокроты и появлении в ней гнойных элементов. Обычно лечение назначается эмпирически и длится 7-14 дней. Подбор антибиотика по чувствительности флоры *in vitro* проводится лишь при неэффективности эмпирической антибиотикотерапии. Не следует назначать антибиотики в ингаляциях. Антибиотики не рекомендуется использовать для профилактики заболеваний.

Препаратами выбора являются полусинтетические пенициллины, альтернативные – цефалоспорины II-III поколения, макролиды.

Амоксициллин* 15 мг/кг х 3 раза в день в течение 5 дней

или защищенные пенициллины (амоксициллин + клавулановая кислота* 20-40 мг/кг 3 раза в день)

Азитромицин* 10мг/кг 1 день, 5мг/кг в день последующие 4 дня перорально или кларитромицин* – 15 мг на кг дробно 10-14 дней перорально или эритромицин* – 40 мг на кг дробно 10-14 дней перорально.

Цефуроксим* 40 мг/кг/в сутки, дробно в 2 приема, 10-14 дней перорально. У цефуроксима максимальная доза у детей 1,5 г

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг\кг\день, детям старше 5 лет.

Перечень основных медикаментов:

1. *Ипратропия бромид 100 мл, аэрозоль;
2. *Сальбутамол 100 мкг/доза, аэрозоль; 2 мг, 4 мг табл.; 20 мл раствор для небулайзера;
3. *Теофиллин 100 мг, 200 мг, 300 мг табл./; 350 мг табл. ретард

4. *Амброксол 30 мг табл; раствор для инъекций 15 мг/2 мл, амп; 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл сироп;
5. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг табл; 250 мг; 500 мг капс; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
6. *Амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг табл.;
7. *Цефуроксим 250 мг, 500 мг табл.;
8. *Азитромицин 125 мг, 500 мг табл; 250 мг капс; раствор для инфузий во флаконе 200 мг/100 мл.
9. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг/мл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Фенотерол аэрозоль 200 доз;
2. *Цетилцистеин раствор для инъекций 2% 2 мл; 100 мг, 200 мг табл.;
4. *Карбоцистеин 250 мг, 500 мг, табл.;
5. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл.;
6. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения: амбулаторный

Купирование симптомов дыхательной недостаточности, кашля, общей интоксикации, восстановление ОФВ₁, улучшение самочувствия

Реабилитация в санаторных условиях.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for infant with bronchiolitis. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2001 Nov 28. 9 p.
2. Bronchitis. Philadelphia (PA): Intracorp; 2005. Various p.
3. Guideline For The Management Of Acute Exacerbation Of Chronic Bronchitis (AECB), Alberta medical Association, 2001
4. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2003
5. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. Москва, Медиа Сфера, 2004.
6. Клинические рекомендации для практикующих врачей, 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, 2003. – 1248с.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Язва желудка и 12перстной кишки без кровотечения и прободения

Код протокола: 06-070a

Профиль: педиатрический

Этап: стационар

Цель этапа: Эрадикация *H. pylori*. Заживление язвенного дефекта, «купирование» (подавление) активного воспаления в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Исчезновение болевого и диспепсического синдромов, предупреждение осложнений и возникновения рецидивов заболевания.

Длительность лечения (дней): 21

Код МКБ: K25 Язва желудка

K26 Язва двенадцатиперстной кишки

K27 Пептическая язва неуточненной локализации.

K28 Гастроэюнальная язва

Определение: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, характерным признаком которого в период обострения является воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и образование язв.

Классификация:

I. По локализации:

1. Желудок: медиогастральная; пилороантральная.
2. Двенадцатиперстная кишка: бульбарная; постбульбарная.
3. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

II. По этиологии:

1. Ассоциированная с *Helicobacter pylori*.
2. Не ассоциированная с *Helicobacter pylori*.

III. Клиническая фаза и эндоскопическая стадия.

IV. Обострение: свежая язва; начало эпителизации.

V. Стихание обострения: заживление язвы без рубца; рубцовая язвенная деформация.

VI. Ремиссия.

VII. По тяжести: легкая; средней тяжести; тяжелая.

VIII. Осложнения: кровотечение; пенетрация; перфорация; стеноз; перивисцерит.

Факторы риска:

1. наличие *Helicobacter pylori*;
2. прием нестероидных противовоспалительных препаратов;
3. генетическая предрасположенность - высокий пул париетальных клеток, повышенная их чувствительность к гастрину;
4. стрессы;
5. курение.

Поступление: плановое, экстренное (при выраженном болевом синдроме).

Показания для госпитализации:

1. обострение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, осложнённая в анамнезе;
2. язвенная болезнь с резко выраженной клинической картиной обострения: сильный болевой синдром, рвота, диспептические расстройства;
3. язвенная болезнь тяжёлого течения, ассоциированная с *H. pylori*, не поддающаяся эрадикации;
4. язвенная болезнь желудка при отягощённом семейном анамнезе с целью исключения малигнизации;
5. язвенная болезнь с синдромом взаимного отягощения (сопутствующие заболевания).

Необходимый объем обследования перед плановой госпитализацией:

1. ФЭГДС;
2. АЛТ, АСТ, билирубин;
3. кал на яйца гельминтов;
4. соскоб на энтеробиоз.

Критерии диагностики:

1. жгучая, ноющая боль в эпигастрии, пилородуоденальной зоне чаще натощак, проходит после приема пищи или антацидов;
2. диспептический синдром (тошнота, рвота, изжога, отрыжка и т.д.);
3. астено-вегетативные нарушения;
4. диагноз язвы желудка и 12-перстной кишки может быть верифицирован только по результатам гастродуоденоскопии, которая должна быть повторена через 6-8 недель после начала лечения для подтверждения рубцевания и исключения малигнизации.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (Ег, Hb, L, лейкоформула, СОЭ);
2. Общий анализ мочи;
3. Соскоб;
4. Кoproграмма;
5. УЗИ органов брюшной полости;
6. Эзофагогастродуоденоскопия;
7. Гистологическое исследование биоптата;
8. Суточная рН-метрия верхних отделов ЖКТ (требует внедрения);
9. Диагностика *H. pylori* (дыхательный тест, HpSA в кале, определение IgG к HP, уреазный тест, браш-цитология);
10. Консультация стоматолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Электрокардиография
2. Определение диастазы;
3. Электроэнцефалография;
4. Реоэнцефалография;
5. Исследование желудочного сока;
6. Определение сывороточного Fe;
7. Консультация невропатолога;
8. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием.

Тактика леченияНе медикаментозное лечение:

Диета с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острые приправы, маринованные и копчёные продукты). Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

Медикаментозное лечение хеликобактерассоциированной язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

В соответствии с Маастрихтским консенсусом (2000 г.) по методам лечения инфекции HP приоритет отдан схемам на основе ингибиторов протонной помпы (ИПП), как наиболее мощным из антисекреторных препаратов. Известно, что они способны поддерживать рН больше 3 в желудке в течение не менее 18 часов в сутки, что обеспечивает заживление дуоденальной язвы в 100% случаев. ИПП, понижая кислотность желудочного сока, повышают активность антибактериальных препаратов, ухудшают среду для жизнедеятельности *H. pylori*. Кроме того, сами ИПП обладают антибактериальной активностью. По антихеликобактерной активности рабепразол превосходит другие ИПП и, в отличие от других ИПП, метаболизируется

неферментным путем и выводится преимущественно через почки. Такой путь метаболизма менее опасен в отношении возможных побочных реакций при сочетании ИПП с другими препаратами, конкурентно метаболизирующимися системой цитохрома P450.

Терапия первой линии - трехкомпонентная терапия.

Ингибитор протонного насоса (рабепразол* 20 мг. или омепразол*) + кларитромицин* 7,5мг/кг(max-500 мг) + амоксициллин* 20-30мг/кг(max 1000 мг) или метронидазол** 40мг/кг(max500 мг); все лекарственные средства принимают 2 раза в день в течение 7 дней. Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии. В случае неэффективности препаратов первой линии, безуспешной эрадикации назначается повторный курс комбинированной терапии (квадротерапия) с дополнительным включением коллоидного субцитрата висмута** (Де-нол и др. аналоги) по 4мг/кг(max 120 мг) 3 раза в день за 30 мин. до еды и 4-ый раз спустя 2 часа после еды, перед сном. Включение данного препарата потенцирует антихеликобактерное действие др. антибиотиков.

Правила применения антихеликобактерной терапии:

1. Если использование схемы лечения не приводит к наступлению эрадикации, повторять её не следует.
 2. Если использованная схема не привела к эрадикации, это означает, что бактерия приобрела устойчивость к одному из компонентов схемы лечения (производным нитроимидазола, макролидам).
 3. Если использование одной, а затем другой схемы лечения не приводит к эрадикации, то следует определять чувствительность штамма *H. pylori* ко всему спектру используемых антибиотиков.
 4. При появлении бактерии в организме больного через год после окончания лечения ситуацию следует расценивать как рецидив инфекции, а не как реинфекцию.
 5. При рецидиве инфекции необходимо применение более эффективной схемы лечения.
- После окончания комбинированной эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение ещё в течение 1-2 недель при дуоденальной и в течение 2-3 недель при желудочной локализации язв с использованием одного из антисекреторных препаратов. Предпочтение отдается ИПП, т.к. после отмены последних (в отличие от блокаторов H₂-рецепторов гистамина) не наблюдается так называемого синдрома секреторного «рикошета».

В случае язвенной болезни, не ассоциированной *H. pylori*, целью лечения считают купирование клинических симптомов болезни и рубцевание язвы. Показано назначение антисекреторных препаратов, - ингибиторы протонного насоса (рабепразол* или омепразол* по 20 мг 1-2 раза в день, лансопразол 30 мг 2 раза в день, эзомепразол 20 мг 2 раза в день).

Для нормализации двигательной функции двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей показано использование прокинетиков - домперидон* по 0,25-1,0мг/кг 3-4 раза в день за 20-30 мин. до еды, продолжительностью лечения не менее 2 недель.

С целью снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции экзокринных желез назначается гиосцин бутилбромид (бускопан) по 10 мг 2-3 раза в день. При необходимости — антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель), цитопротекторы (сукральфат, де-нол, вентрисол, бисмофальк), синтетические простагландины E₁(мисопропростол), протекторы слизистой оболочки (солкосерил, актовегин) вегетотропные препараты (Микстура Павлова, настой корня валерианы). Продолжительность лечения - не менее 4 недель /7/. При экскреторной недостаточности поджелудочной железы, после стихания остроты процесса, назначается панкреатин* по 10 000 ЕД по липазе x 3 раза во время еды в течение 2 недель.

Эффективность лечения при язве желудка контролируют эндоскопическим методом через 8 нед, при дуоденальной язве — через 4 нед.

Перечень основных медикаментов:

1. * Рабепразол 20 мг, 40 мг табл.;
2. ** Омепразол 20мг табл.;
3. * Кларитромицин 250мг, 500мг табл.;
4. ** Амоксициллин 500мг, 1000мг таблетка; 250мг; 500мг капсула; 250мг/5мл; пероральная суспензия;
5. * Домперидон 10мг табл.;
6. ** Фамотидин 40 мг таблетка; 20 мг раствор для инъекций;
7. Актовегин 5,0мл амп;
8. ** Висмута трикалия дицитрат 120мг табл.;
9. * Метронидазол 250мг табл.; 0,5 во флаконе 100мл раствор для инфузий.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Гиосцин бутилбромид 10 мг драже; 1 мл амп.; 10мг свечи;
2. Павлова микстура 200 мл;
3. Панкреатин 4500ЕД, капс.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Prodigy guidance – Dyspepsia – proven DU, GU, or NSAID-associated ulcer. NICE 2004 Management of Helicobacter pylori Infection. MOH Clinical Practice Guidelines 9/2004
2. New Zealand guidelines group/ Management of dyspepsia and heartburn, June 2004.)
3. Management of Helicobacter pylori infection. Ministry of health clinical practice guidelines 9/2004/
4. Guidelines for clinical care. University of Michigan health system. May 2005.
5. Practice guidelines. Guidelines for the Management of Helicobacter pylori Infection/ THE AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY Vol. 93, No. 12, 1998.
6. 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.
7. М.Ю.Денисов. Практическая гастроэнтерология для педиатра.-М, 1999.
8. Детская гастроэнтерология / под ред. А.А.Баранова – М.2002, 592с.
9. Kawacami Y., Akahane T., Yamaguchi M. et al. In vitro activities of rabeprazole, a novel proton pump inhibitor, and its thioether derivative alone and in combination with other antimicrobials against recent clinical isolates of H.pylori. Antimicrob Agents Chemother, 2000. vol.44, N2.-P.458-461.
10. H. Holtmann, P. Bytzer, M. Metz, V. Loeffler. A randomized, double-blind, comparative study of standard-dose rabeprazole and high-dose omeprazole in gastro-oesophageal reflux disease/ Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 479-485

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

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

**Протоколы
диагностики и лечения заболеваний
(для стационаров акушерско-гинекологического профиля)**

Алматы 2006г.

Асфиксия в родах

Код протокола: 15-134в

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: динамический мониторинг состояния плода в родах, своевременная диагностика аномалий сердечной деятельности плода, выбор дальнейшей тактики ведения родов в зависимости от акушерской ситуации.

Длительность лечения: 5 дней

Коды МКБ:

P21 Асфиксия при родах

P21.0 Тяжелая асфиксия при рождении

P21.1 Средняя и умеренная асфиксия при рождении

P21.9 Неуточненная асфиксия при рождении

Определение: **Асфиксия** – это нарушение газообмена в крови плода, с прогрессированием гипоксемии и гиперкапнии. Выраженная гипоксическая ацидемия (в результате срыва компенсаторных возможностей плода) может стать причиной неврологических заболеваний новорожденных или интранатальной/неонатальной гибели [2]. Диагноз интранатальной гипоксии плода оправдан при подтвержденном метаболическом ацидозе пуповинной крови плода ($pH < 7,0$) [2].

Классификация: Классификация (Женева, 1980):

1. Асфиксия легкой степени – оценка по шкале Апгар 4-6 баллов;
2. Асфиксия тяжелой степени - оценка по шкале Апгар 0-3 балла.

Факторы риска:

1. Гипертензионные осложнения при беременности или преэклампсия;
2. Кровотечения во время беременности;
3. Сахарный диабет у матери;
4. Внутриутробная задержка развития плода;
5. Маловодие;
6. Изоиммунизация плода;
7. Тазовое предлежание плода;
8. Многоплодная беременность;
9. Преждевременные роды (при сроке менее 32 недель беременности);
10. Запоздалые роды;
11. Хориоамнионит;
12. Отслойка плаценты в родах;
13. Кесарево сечение;
14. Длительный безводный период;
15. Индуцированные роды;
16. Слабость родовой деятельности;
17. Чрезмерно сильная родовая деятельность.

Поступление: плановое, экстренное

Показания для госпитализации: Беременные группы риска при выявлении признаков патологии сердечной деятельности (по данным КТГ, доплерометрии, УЗИ - маловодие) с целью определения дальнейшей тактики ведения.

Необходимый объем обследований перед госпитализацией:

1. -концентрация гемоглобина в периферической крови;
2. - КТГ, УЗИ, доплерометрия

3. группа крови, Rh-фактор;
4. серологическое обследование на сифилис;
5. общий анализ мочи;
6. результаты мониторинга АД.

Критерии диагностики:

Критерии диагностики интранатальной асфиксии плода:

1. Частота сердечных сокращений <100 в минуту;
2. Частота сердечных сокращений >180 в минуту;
3. Аритмия сердцебиения;
4. Децелерации (брадикардия);

Критерии диагностики асфиксии новорожденного:

1. Оценка по шкале Апгар менее 7 баллов при рождении плода;
2. Неврологические симптомы у новорожденного (гипотония, судороги, кома);
3. рН пуповинной крови $<7,0$;
4. Дефицит содержания щелочей в пуповинной крови >16 ммоль/л.
5. Глубокий метаболический ацидоз рН пуповинной крови $<7,0$;
6. Оценка по шкале Апгар менее или равная 3 балла, не изменяющаяся в течение 5 минут;
7. Клинически выраженные неврологические осложнения в раннем неонатальном периоде (гипотония, судороги, кома);
8. Проявление мультиорганной недостаточности в раннем неонатальном периоде.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. У рожениц группы низкого риска развития интранатальной асфиксии проводится периодическая аускультация сердцебиения плода;
2. При присоединении преждевременного разрыва плодного пузыря, кровянистых выделений из половых путей необходимо проведение электронного кардиотокографического наблюдения за плодом;
3. В активную фазу родов аускультация плода проводится каждые 15 минут;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. В группе рожениц высокого риска развития интранатальной асфиксии, при индуцированных родах, стимуляции родовой деятельности окситоцином проводится постоянное электронное кардиомониторное наблюдение;
2. Исследование крови плода из подлежащей головке проводится при аномалиях сердечного ритма плода при КТГ, некорректируемых поздних децелерациях.

Тактика лечения:

Рекомендуемые стандарты мониторинга состояния плода во время родов:

1. Основным методом оценки состояния плода в родах является аускультация его сердцебиения каждые 30 минут;
2. При индуцированных родах необходим строгий мониторный контроль за сократительной способностью матки и состоянием внутриутробного плода;
3. При зафиксированном аускультативно нарушении сердечного ритма плода, при преждевременном разрыве плодных оболочек, появлении кровянистых выделений из половых путей необходимо начать кардиомониторный контроль за состоянием плода или провести анализ образца крови плода из кожного покрова головки;
4. Продолжительный кардиомониторный контроль плода в родах показан:
 - Беременным группы высокого риска перинатальной смертности, церебрального паралича, неонатальной энцефалопатии;
 - При проведении родостимуляции окситоцином;
 - При индукции родов путем родовозбуждения окситоцином;
5. При проведении кардиомониторного контроля должна проводиться запись сердечной

деятельности плода с последующей ее расшифровкой каждые 15 минут в активную фазу родов и каждые 5 минут во II периоде родов в ассоциации с сократительной деятельностью матки;

2. При нормальных параметрах сердечной деятельности плода (частота сердечных сокращений 110-160 в минуту, акцелерации) показано индивидуальное наблюдение согласно намеченному плану:

- Продолжить периодическую аускультацию согласно протоколу;
- Создать комфорт для матери и продолжить оксигенацию плода (изменение позиции в родах, уменьшение болевых ощущений).

3. При выявлении патологических признаков сердцебиения продолжить наблюдение:

- Повторная аускультация по всем параметрам;
- Оценка возможной причины нарушения сердцебиения;
- Исследование материнских показателей: пульса, АД, температуры;
- Влагалищное исследование.

4. При выявлении патологических признаков сердцебиения, необходимо проведение вмешательств:

- Улучшение оксигенации;
- Инфузия препаратов, улучшающих процессы внутриклеточного метаболизма – 5% раствор глюкозы, инстенон, актовегин.
- Уменьшение сократительной активности матки.

Тахикардия плода:

- Принятие роженицей позы, увеличивающей маточно-плацентарный кровоток или уменьшающую сдавление пуповины;
- Исключение лихорадки, дегидратации, побочного действия медицинских препаратов, преждевременных родов у роженицы;
- Коррекция гиповолемии у матери в/в инфузиями;

Брадикардия у плода:

- Принятие роженицей позы, увеличивающей маточно-плацентарный кровоток или уменьшающую сдавление пуповины;
- Прекращение введения окситоцина;
- Произвести влагалищное исследование на предмет выпадения или прижатия пуповины;
- Подача увлажненного кислорода со скоростью 8-10 литров в минуту;
- Коррекция гиповолемии у матери в/в инфузиями;
- Исследование пульса, АД роженицы.

При безэффективности проведенных мероприятий, необходимо экстренное родоразрешение в интересах плода. Родоразрешение путем операции кесарево сечение проводится при острой асфиксии плода, когда быстрое родоразрешение через естественные родовые пути невозможно.

Перечень основных медикаментов:

1. *Глюкоза раствор для инфузий 5%, 10% во флаконе 400 мл, 500 мл
2. * Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови раствор для инъекций 40 мг/мл раствор для инфузий 10%, 20%
3. *Кислород для ингаляций

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- Частота сердечных сокращений 110-160 в минуту;
- Акцелерации (тахикардия);
- Оценка по шкале Апгар более 7 баллов при рождении плода;
- Неврологические симптомы у новорожденного отсутствуют;

pH пуповинной крови $>7,0$;

Содержание щелочей в пуповинной крови <16 ммоль/л.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. SOGC Clinical Practice Guidelines: Fetal Health Surveillance in Labour.- #112, April, 2002.- p.7
2. SOGC Clinical Practice Guidelines: Fetal Health Surveillance in Labour.- #112, March, 2002.- p.13
3. SOGC Clinical Practice Guidelines: Attendance at Labour and Delivery Guidelines for Obstetrical Care.- #89, May, 2000.- p.3
4. RCOG: Setting Standards to Improve Women's Health. Induction of Labour. Evidence-based Clinical Guideline #9, 2001, p.78
5. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005, p.80
6. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
7. Практическое руководство по актуальным аспектам акушерства – Алматы, 2004 г. С 109-126.

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

Болезни бартолиновой железы

Код протокола: 13-125з

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: противовоспалительная терапия, инфузионная терапия, вскрытие абсцесса, удаление кисты

Длительность лечения: 8 дней

Коды МКБ:

N75 Болезни бартолиновой железы

N75.0 Киста бартолиновой железы

N75.1 Абсцесс бартолиновой железы

N75.8 Другие болезни бартолиновой железы

N75.9 Болезнь бартолиновой железы неуточненная

Определение: Бартолинит – воспаление бартолиновой железы.

Абсцесс - при наличии свободного оттока гноя бартолинит может протекать без выраженных клинических проявлений. Возможно полное выздоровление. Формирование абсцесса происходит при нарушении проходимости протока бартолиновой железы вследствие воспалительной реакции, рубцовой стриктуры или скопления густого секрета.

Киста бартолиновой железы формируется при нарушении проходимости выводного протока вследствие образования постинфекционной стриктуры, а также после эпизиотомии или травмы. Киста может быть небольших размеров и иметь бессимптомное течение. Киста больших размеров может вызвать отёк окружающих тканей и диспареунию. При её инфицировании возможно развитие вторичного абсцесса.

Классификация:

1. Бартолинит
2. Абсцесс
3. Киста бартолиновой железы

Факторы риска:

1. Смена полового партнера
2. Наличие ИППП

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

- киста бартолиновой железы,
- абсцесс бартолиновой железы,
- неэффективность лечения кисты бартолиновой железы в амбулаторных условиях.

Необходимый объем обследований перед госпитализацией:

Кровь на RW

Группа крови и резус фактор

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Мазок на степень чистоты

Бакпосев из цервикального канала

HbsAg

Анти HCV

Критерии диагностики:

1. Образование в области больших половых губ.
2. Болезненность.
3. Гиперемия.
4. Отек тканей.
5. При абсцессе флюктуация, гипертермия.

Дифференциальная диагностика:

- Инфицированная гематома в области вульвы.

- Инфицирование парауретральных желёз (жёлёз Скина), расположенных вокруг дистальной уретры.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Мазок на степень чистоты
4. Бакпосев на чувствительность к антибиотикам
5. Обследование на инфекции (ИФА, ПЦР) гонорея, трихомонада, хламидии

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. HbsAg
2. Анти HCV

Тактика лечения:

Основные принципы диагностики и конкретные схемы лечения.

Абсцесс

— Образовавшийся абсцесс с очагом флюктуации следует вскрыть кнаружи от преддверия влагалища и дренировать. Для этого используют местную анестезию. Выполнение марсупиализации более предпочтительно (см. ниже).

- Абсцессы часто бывают многокамерными; следует дренировать все камеры.

- Антибактериальная терапия рекомендуется, если:

- абсцесс больших размеров;
- абсцесс распространился за пределы железы;
- у больной высокая температура тела.

- Из антибактериальных средств можно назначить цефалоспорины I поколения (цефалексин или цефадроксил) по 500 мг 3 раза в сутки и метронидазол по 400 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней.

- Если абсцесс не сформировался, вскрывать его бесполезно. Можно назначить антибактериальную терапию и уменьшить боль применением НПВС, также рекомендуют покой и тёплые ванны. При формировании абсцесса его следует вскрыть или выполнить операцию марсупиализации.

Киста

Лечение направлено на восстановление функции железы, для чего проводят операцию марсупиализации, создавая проток с новым отверстием.

- Под местной анестезией проводят линейный разрез слизистой оболочки над кистой кнаружи от места прикрепления девственной плевы. После вскрытия кисты часть её стенки иссекают таким образом, чтобы потом создать устье диаметром по крайней мере в 1,5 см. Затем края кисты выворачивают наружу и подшивают к окружающей коже и слизистой оболочке.

- Во время беременности кисту можно аспирировать иглой. Дренирование абсцесса проводят обычным способом.

Наблюдение

- Повторный осмотр проводят через 1 мес после операции. Вновь образовавшуюся кисту протока бартолиновой железы можно выявить с помощью гинекологического осмотра и пальпации.

- При повторно возникающих кистах протока бартолиновой железы после операции марсупиализации может возникнуть необходимость в проведении операции по удалению бартолиновой железы с протоком.

Перечень основных медикаментов:

1. *Цефалексин таблетка, капсула по 250 мг, 500 мг; суспензия и сироп 125 мг, 250 мг/5 мл
2. *Метронидазол таблетка 250 мг раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
3. *Флуконазол капсула 50 мг, 150 мг; раствор во флаконе для в/в введения 100 мл
4. Поливидон, фл 400 мл
5. *Натрия хлорид, раствор для инфузий 500мл

6. *Метронидазол, раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл

7. *Диоксидин, амп

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

заживление послеоперационной раны первичным натяжением

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Candidiasis (vulvovaginal) Search date November 2004 Clinical Evidence is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, incorporated in the United Kingdom, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.
2. Oral fluconazole Search date November 2004 Clinical Evidence is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, incorporated in the United Kingdom, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.
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

Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период

Код протокола: 14-132ж

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: Своевременная диагностика и лечение экстрагенитальной патологии, осложняющей беременность, роды и послеродовой период, относящейся к данной группе. Улучшение состояния пациентки, профилактика плацентарной недостаточности, решение вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Длительность лечения: 10-14 дней

Код МКБ:

O99 Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период

Примечание: эта рубрика включает состояния, осложняющие беременность, отягощенные беременностью или являющиеся главной причиной для оказания акушерской помощи и для которых в Алфавитном указателе не приведены специальные рубрики в классе XV.

Исключено:

инфекционные и паразитарные болезни (O98.-)

случаи, когда причиной для оказания медицинской помощи матери являются состояния, в отношении которых установлено или предполагается, что они влияют на плод (O35-O36)

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98)

O99.2 Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, осложняющие беременность, роды и послеродовой период

Исключено:

недостаточность питания (O25)

послеродовой тиреоидит (O90.5)

сахарный диабет (O24.-)

O99.3 Психические расстройства и болезни нервной системы, осложняющие беременность, роды и послеродовой период

Исключено:

послеродовой психоз (F53.1)

постнатальная депрессия (F53.0)

связанные с беременностью поражения периферических нервов (O26.8)

O99.4 Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, роды и послеродовой период

Исключено:

акушерская эмболия (O88.-)

венозные осложнения и тромбоз церебровенозного синуса во время:

- беременности (O22.-)

- родов и в послеродовом периоде (O87.-)

гипертензивные расстройства (O10-O16)

кардиомиопатия в послеродовом периоде (O90.3)

O99.5 Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, роды и послеродовой период

O99.6 Болезни органов пищеварения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период

Исключено: поражение печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде (O26.6)

O99.7 Болезни кожи и подкожной клетчатки, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период

Исключено: герпес беременных (O26.4)

O99.8 Другие уточненные болезни и состояния, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период

Исключено:

инфекции мочеполовых путей при беременности (O23.-)

медицинская помощь матери в связи с установленной или предполагаемой аномалией органов таза (O34.-)

послеродовая острая почечная недостаточность (O90.4)

Определение: Данная группа заболеваний является сборной, в связи с чем, единого определения нет.

Классификация: Данная группа заболеваний является сборной, в связи с чем, единой классификации нет.

Факторы риска:

Предшествующее наличие заболевания;

Нарушение обмена веществ;

Наследственность;

Вредные привычки: курение, алкоголь, наркомания;

Стресс;

Низкий социально-экономический статус.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

- Решение вопроса о возможности пролонгирования беременности;
- Признаки декомпенсации экстрагенитальной патологии;
- Признаки присоединения дистресса плода;
- Дородовая госпитализация (по показаниям).

Необходимый объем обследований перед госпитализацией:

-группа крови, Rh-фактор;

-общий анализ крови;

-серологическое обследование на сифилис;

-скрининг на HbsAg;

-скрининг на ВИЧ;

-общий анализ мочи;

-суточная экскреция белка с мочой;

-результаты мониторинга АД;

-терапевт.

-АнтиHCV.

Критерии диагностики: Симптомы экстрагенитальных заболеваний матери, осложняющие беременность, роды и послеродовой период

Перечень основных диагностических мероприятий:

-общий анализ крови;

-коагулограмма;

- биохимия крови;

-УЗИ плода;

-доплерометрическое исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока по следующим параметрам:

-кровоток в пупочной артерии;

-кровоток в маточных артериях;

-кровоток в мозговых артериях плода;

-отношение величины кровотока между мозговой артерией плода и маточной артерией;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: дополнительные методы обследования согласуются со смежными специалистами в зависимости от имеющейся патологии.

HbsAg Анти HCV

Тактика лечения: Тактика ведения беременности и родоразрешения согласовывается со смежными специалистами.

Перечень основных медикаментов: нет

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Прогрессирование экстрагенитальных заболеваний после родоразрешения.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
2. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Rutine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
3. National Guideline Clearinghouse: DoD/VA Clinical Practice Guideline for Managment of Uncomplicated Pregnancy, 2002. p.20

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

Другие виды аборта

Код протокола: 14-1306

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: своевременная диагностика проведенного нелегального аборта, комплексное обследование, выбор терапевтической тактики, профилактика осложнений аборта, сохранение репродуктивной функции, надежная контрацепция

Длительность лечения: 5 дней

Код МКБ: O05 Другие виды аборта

Определение: **Нелегальный аборт** - прерывание беременности в учреждениях, не имеющих лицензии на проведения данного вмешательства, часто без соблюдения санитарно-эпидемиологических норм.

Классификация: не существует.

Факторы риска:

- Низкий социально-экономический уровень;
- Недоступность контрацептивных средств;
- Недоступность проведения легальных медицинских абортов;
- Возраст пациентки менее 18 лет;

Поступление: экстренное

Необходимый объем обследований перед госпитализацией: Учитывая экстренный характер патологии, предварительного обследования пациентки не требуется. Комплексное обследование согласно списку проводится в стационаре параллельно с проведением мероприятий по оказанию неотложной помощи.

Критерии диагностики:

1. Установление факта беременности (исследование крови или мочи пациентки на содержание хорионического гонадотропина);
2. Установление возможных остатков тканей плодного яйца в полости матки (УЗИ);
3. Возможны кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности;
4. Возможны проявления гнойно-воспалительного процесса различной интенсивности;
5. Клинические признаки осложнений нелегального аборта.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Установление срока беременности по дате первого дня последней менструации;
2. Определение содержания хорионического гонадотропина в сыворотке крови или моче;
3. Определение группы крови и Rh-фактора пациентки;
4. УЗИ матки и придатков трансвагинальным датчиком;
5. Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, лейкоцитарная формула, тромбоциты);
6. Коагулограмма;
7. Исследование крови на ВИЧ;
8. Исследование крови на сифилис;
9. Общий анализ мочи;
10. Мазок на степень чистоты.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ЭКГ;
2. Консультация анестезиолога;
3. HbsAg, Анти HCV.

Тактика лечения: Перед принятием решения о тактике лечения необходимо точно определить гестационный возраст на основании клинических данных (по дате первого дня последней менструации) и результатов УЗИ.

Методом выбора лечения данной патологии является выскабливание стенок полости матки под адекватным обезболиванием, так как возможная задержка остатков плодного яйца увеличивает риск инфекционных осложнений и кровотечения. При нелегальном аборте

выскабливание стенок полости матки должно проводиться параллельно с антибактериальной терапией под контролем жизненно важных показателей пациентки (артериальное давление, частота сердечных сокращений). Соскоб из полости матки должен быть подвергнут гистологическому исследованию.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии через 6 часов решение вопроса о радикальном оперативном вмешательстве.

Тактика зависит от диагностированного осложнения:

1. Септическое состояние лечится согласно установленным стандартам;
2. Лечение постгеморрагической анемии;
3. Ушивание разрывов шейки матки;
4. Консервативное и оперативное лечение абсцесса малого таза;
5. Хирургическое лечение перфорации матки с перитонитом;
6. Ушивание разрывов стенки влагалища;
7. Оперативное лечение пузырно-влагалищного свища.

Схемы антибактериальной терапии при проведении операции выскабливание стенок полости матки:

*метронидазол 1 г per rectum во время операции в сочетании с *доксидиклином 100 мг перорально 2 раза в сутки (всего 7 суток после проведения выскабливания);
метронидазол 1 г per rectum во время операции в сочетании с *азитромицином 1 г. per os однократно в день вмешательства.

Перечень основных медикаментов:

1. *Метронидазол 250 мг табл
2. *Доксициклин 100 мг капсул
3. *Азитромицин 125 мг, 500 мг, 250 мг капсул

Перечень дополнительных медикаментов: обязательно введение *противостолбнячного анатоксина.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. быстрое купирование или отсутствие осложнений вмешательства;
 2. нормализация общего состояния пациентки;
 3. нормализация лабораторных данных;
 4. сохранение репродуктивной функции пациентки;
- надежная контрацепция

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. American College of Obstetricians and Gynecologist. Medical Management of Abortion.- 2001.- апр. 13 p.
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Setting Standard to Improve Women's Health. Management of Early Pregnancy Loss, 2000 Oct. 9p.
3. Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. WHO, Geneva, 2004, p.35
4. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Setting Standard to Improve Women's Health. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline #7, Sept.2004, p.104

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

Другие доброкачественные образования матки

Код протокола: 13-122а

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: удаление новообразования

Длительность лечения: 9 дней

Коды МКБ:

D26 Другие доброкачественные новообразования матки

D26.0 Шейки матки

D26.1 Тела матки

D26.7 Других частей матки

D26.9 Матки неуточненной части

Определение: доброкачественные образования шейки и тела матки из слизистой оболочки и/или соединительнотканых элементов.

Классификация:

Классификация доброкачественных опухолей матки:

1. Опухоли миометрия
2. Гиперплазия эндометрия

Классификация опухолей миометрия:

1. По локализации и направлению роста:
 - Подбрюшинная (субсерозная) - рост миоматозного узла под серозную оболочку матки в сторону брюшной полости (внутрибрюшное расположение, внутрисвязочное расположение).
 - Подслизистая (субмукозная) - рост миоматозного узла под слизистую оболочку матки в стороны полости органа (в полости матки, рождающаяся, родившаяся).
 - Внутрстеночная (интерстициальная) - рост узла в толще мышечного слоя матки (в теле матки, в шейке матки).
2. По клиническим проявлениям:
 - Бессимптомная миома матки (70-80% случаев).
 - Симптомная миома матки (20-30% случаев) - клинические проявления симптомной миомы матки (нарушение менструального цикла по типу менометроррагии, дисменорреи; болевой синдром различной степени выраженности и характера (тянущие, схваткообразные); признаки сдавления и/или нарушения функции тазовых органов; бесплодие; привычное невынашивание; вторичная анемия).

Классификация гиперплазии эндометрия по гистологической структуре:

1. Кистозная
2. Аденоматозная
3. Атипическая

Классификация доброкачественных изменений шейки матки:

1. Наботиева киста
2. Полип шейки матки
3. Кондилома шейки матки
4. Диспластические изменения шейки матки: легкой, умеренной и тяжелой степени

Факторы риска:

1. Гормональные нарушения: изменение уровня инсулиноподобного фактора роста, эпидермального фактора роста, трансформирующего фактора роста, изменения секреции женских половых гормонов (эстроген, прогестерон)
2. Нерожавшие.
3. Ожирение.
4. Курение.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

1. Менометроррагия
2. Размеры матки более 12 недель,
3. Быстрый рост: более 3 недель за 1 год,
4. Нарушение функций соседних органов
5. Патология шейки матки
6. Гиперплазия эндометрия

Необходимый объем обследований перед госпитализацией:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. УЗИ матки
4. Мазок с шейки матки на онкоцитологию (мазок по Папаниколау)
5. Кольпоскопическое исследование
6. Биопсия шейки матки.
7. Коагулограмма (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
8. Биохимический анализ крови
9. Цитологические исследования
10. RW, ВИЧ, HbsAg, Анти HCV
11. Группа крови, резус фактор
12. Флюорография
13. ЭКГ
14. Консультация терапевта.
15. Мазок на степень чистоты

Критерии диагностики:

1. Увеличение количества влагалищных или кровянистых выделений из половых путей
2. При гинекологическом осмотре – наличие патологических изменений шейки матки или увеличение размеров матки
3. Патологические клеточные изменения в мазке
4. При УЗИ органов малого таза - изменение толщины эндометрия, возможные полипы и миомы матки.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Гинекологический осмотр
2. УЗИ органов малого таза
3. Диагностическое раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки
4. Кольпоскопия
5. Гистероскопия
6. Цитологическое исследование
7. Гистологическое исследование

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Компьютерная томография ил МРТ
2. Исследование на онкомаркеры

Тактика лечения:

Дифференциальная диагностика со злокачественными новообразованиями матки, при подозрении и/или подтверждении малигнизации госпитализация в онкологический стационар.

1. Ликвидация патологически измененных тканей;
2. формирование правильного ритма менструаций;
3. коррекция нарушений гомеостаза с устранением ановуляции.

Гиперплазия эндометрия:

Назначается в циклическом режиме прогестина (например, медроксипрогестерона ацетат по 10 мг с 14 по 25 день менструального цикла) до тех пор, пока не прекратятся патологические маточные кровотечения.

Аденоматозную гиперплазию эндометрия относят к более тяжёлой форме заболевания. У женщин в пери- и постменопаузу выполняют гистерэктомию, а у женщин фертильного возраста назначают лечение прогестинами в высоких дозах в постоянном режиме (например, медроксипрогестерона ацетат по 100 мг/сут) и проводят контрольную биопсию эндометрия.

Атипическая гиперплазия эндометрия. В качестве лечения проводится гистерэктомию.

Лечение миомы тела матки:

- При наличии множественных миом тела матки и отсутствии в планах женщины иметь в будущем беременность проводят гистерэктомию.
- При необходимости сохранить матку выполняют энуклеацию (вылущение) миоматозного узла.
- Субмукозную миому тела матки можно удалить во время гистероскопии.

Перечень основных медикаментов:

1. * Медроксипрогестерон

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

При малигнизации процесса – направление в онкологическое учреждение.

При отсутствии малигнизации – диспансерное наблюдение в поликлинике.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2000 May. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 16).
2. Gynaecological tumours EBM Guidelines. 12.8.2005
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

Задержка плаценты и плодных оболочек без кровотечения

Код протокола: 14-133 л

Профиль: акушерско- гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: Активная тактика ведения III периода родов (включает раннее пережатие и пересечение пуповины, контрольные тракции за пуповину, профилактическое введение окситоцина), тщательный осмотр отделившегося последа. При обнаружении дефекта плацентарной ткани и/или оболочек, отсутствии признаков отделения последа в течение 30 минут после рождения плода своевременно решить дальнейшую тактику ведения родов. Профилактика возможного послеродового кровотечения.

Длительность лечения: 5 дней

Коды МКБ: O73 Задержка плаценты и плодных оболочек без кровотечения

O73.0 Задержка плаценты без кровотечения

O73.1 Задержка частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения

Определение: Задержка плаценты и плодных оболочек в полости матки без кровотечения – осложнение III периода родов, которое не сопровождается кровотечением, но требует проведения неотложного лечения. Частота данных осложнений составляет около 10%.

Классификация:

1. Дефект плацентарной ткани или ее дополнительной дольки;
2. Задержка в полости матки плодных оболочек;
3. Плотное прикрепление последа – отсутствие признаков отделения последа и кровотечения в течение 30 минут после рождения плода;
4. Истинное приращение последа – прорастание тканей последа в мышечный слой матки, может быть диагностирован только при проведении попытки ручного отделения и выделения последа.

Факторы риска:

1. Дефект последа в родах;
2. Истинное приращение последа;
3. Плотное прикрепление последа;
4. Предшествующее кесарево сечение или другие хирургические вмешательства на матке;
5. Многопложие;
6. Аномалии развития плаценты;
7. Чрезмерные тракции за пуповину в III периоде родов, особенно, при ее прикреплении в дне матки;
8. Гипертермия в родах;
9. Длительный безводный промежуток (более 24 часов).

Поступление: плановое, экстренное

Показания для госпитализации: Данное осложнение диагностируется и лечится сразу после родов.

Необходимое обследование перед госпитализацией:

- концентрация гемоглобина в периферической крови;
- группа крови, Rh-фактор;
- серологическое обследование на сифилис;
- скрининг на ВИЧ.

Критерии диагностики:

1. При осмотре родившегося последа отмечается дефект плацентарной ткани или оболочек;
2. Отсутствие признаков отделения последа в течение 30 минут после рождения плода;
3. Отсутствие признаков наружного или внутреннего кровотечения.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Группа крови и Rh-фактор родильницы;
2. Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, концентрация тромбоцитов);
3. Серологическое обследование на сифилис;
4. При необходимости проведения хирургического лечения (ручное отделение и выделение последа или его частей, выскабливание стенок полости матки, лапаротомия) и увеличении риска кровотечения дополнительно проводятся следующие исследования: переопределение группы крови и Rh-фактора, концентрации гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов, коагулограмма (протромбиновое, тромбиновое время, протромбиновый индекс, концентрация фибриногена, продукты деградации фибриногена), время свертывания крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, частота сердечных сокращений, уровень артериального давления, электрокардиография (ЭКГ); оценка диуреза через постоянный катетер Фолея

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

Исследование на ВИЧ

Тактика лечения:

Задержка последа или его частей является частой причиной развития послеродового кровотечения. Данный диагноз выставляется, если отсутствует самостоятельная экспульсия последа из полости матки через 30 минут с момента рождения плода.

При задержке последа или его частей в полости матки на фоне отсутствия кровотечения лечение направлено на стимуляцию сократительной способности матки при опорожненном мочевом пузыре. При дефекте плацентарной ткани допускается проведение хирургического кюретажа полости матки на фоне адекватного обезболивания и инфузии физиологического раствора.

В случае отсутствия утеротонической профилактики послеродового кровотечения у рожениц с явлениями задержки последа, необходимо в/в ввести 5 ЕД окситоцина на р-ре глюкозы. В данном случае введение эргометрина противопоказано, так как препарат вызывает спазмы нижнего сегмента матки, а, следовательно, затруднения самостоятельной экспульсии последа из полости матки. Контрольные тракции пуповины производятся, если признаки отделения последа отсутствуют в течение 30 минут на фоне введения окситоцина.

При неэффективности контрольных тракций за пуповину необходимо провести ручное отделение и выделение задержавшегося последа или его частей при адекватном обезболивании и контакте с веной. Перед проведением данного хирургического вмешательства необходимо определение концентрации гемоглобина, группы крови и Rh-принадлежности. После выделения последа проводится тщательный осмотр его плодовой и материнской поверхности.

При невозможности отделения последа во время ручного обследования полости матки должно быть заподозрено истинное приращение последа. В данном случае показано оперативное лечение в объеме лапаротомии, гистерэктомии.

Этапы ведения:

1. Активное ведение III периода родов:
 - 10Ед окситоцина в/м в течение первой минуты после рождении ребенка ;
 - раннее пережатие и пересечение пуповины-через одну минуту после рождения;
 - контролируемые тракции пуповины ;.
2. При выявлении дефекта плацентарной ткани или плодовых оболочек показано ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа при следующих условиях:
 - адекватное анестезиологическое пособие;
 - внутривенная инфузия физиологического раствора;
 - лабораторное исследование концентрации гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов,

свертываемости крови, группы крови и Rh-фактора.

3. При отсутствии самостоятельного выделения последа в течение 30 минут после рождения плода и безэффективности контрольных тракций за пуповину показано ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа с целью дифференциальной диагностики плотного прикрепления последа и истинного приращения.

4. При обнаружении признаков истинного приращения последа показано хирургическое лечение в объеме лапаротомии, гистрезектомия.

Профилактика:

1. Рутинная профилактика ПРК окситоцином 10 ЕД в/м сразу после родов;

2. Опорожнение мочевого пузыря;

3. Активное ведение последового периода (раннее пережатие и пересечение пуповины, контролируемые тракции пуповины, тщательный осмотр отделившегося последа и родовых путей).

Ручное обследование полости матки.

Перечень основных медикаментов:

1. * Однокомпонентные и комбинированные растворы для инфузий и инъекций

2. * Окситоцин раствор для инъекций 5 ЕД/мл в ампуле

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

-отсутствие кровотечения;

-восстановление тонуса матки;

-лабораторные данные в норме.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project: The Management of Postpartum Haemorrhage.- 2000.-p.29

2. Department of Health, NSW: Framework for Prevention, Early Recognition and Management of Postpartum Haemorrhage.- Policy Directive.- 2005.- www.health.nsw.gov.au

3. SOGC Clinical Practice Guidelines: Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage.- #88, 2000, p.11

4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005, p.80

5. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286

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

Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения

Код протокола: 14-133ж

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар (с оперативным вмешательством)

Цель этапа: Определение показаний к проведению кесарева сечения, заблаговременная госпитализация беременной группы риска в акушерский стационар, своевременное проведение оперативного родоразрешения, профилактика возможных осложнений в послеоперационном периоде.

Длительность лечения: 7-8 дней

Коды МКБ: O82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения

O82.0 Проведение elective кесарева сечения

O82.1 Проведение срочного кесарева сечения

O82.2 Проведение кесарева сечения с гистерэктомией

O82.8 Другие одноплодные роды путем кесарева сечения

O82.9 Роды путем кесарева сечения неуточненного

Определение: Кесарево сечение – метод оперативного родоразрешения, при котором плод извлекается путем чревосечения с последующим вскрытием полости матки.

Классификация:

1. Экстренное кесарево сечение должно быть проведено незамедлительно при возникновении ситуаций, угрожающих жизни плода или роженицы, когда родоразрешение через естественные родовые пути невозможно [1] либо затруднено, либо слишком опасно для плода.
2. Плановое кесарево сечение проводится по абсолютным или относительным показаниям к оперативному родоразрешению со стороны матери и/или плода в доношенном сроке беременности до начала регулярной родовой деятельности [1].

Факторы риска:

1. Многоплодная беременность;
2. Аномалии прикрепления плаценты;
3. Тазовое предлежание плода;
4. Первичный эпизод герпетической инфекции;
5. Подозрение на вирусный гепатит В,С;
6. Подозрение на ВИЧ;
7. Крупный плод;
8. Рубец на матке;
9. Возраст первородящей 30 лет и более;
10. Анатомически узкий таз;
11. Аномалии развития женских половых органов;
12. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез;
13. Тяжелые экстрагенитальные заболевания, при которых роды через естественные родовые пути противопоказаны;
14. Неправильное положение плода
15. Плацентарная недостаточность.

Поступление: экстренное

Критерии диагностики: (показания к операции):

Абсолютные показания:

1. Анатомически узкий таз III- IV ст. сужения;
2. Клиническое несоответствие таза матери и головки плода;
3. Полное предлежание плаценты;

4. Неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением при неподготовленных родовых путях;
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с выраженным кровотечением при неподготовленных родовых путях ;
6. Угрожающий или начинающийся разрыв матки;
7. Опухоли органов малого таза, препятствующие рождению ребенка;
8. Неполноценный рубец на матке после оперативных вмешательств на ней;
9. Состояние после операции по восстановлению мочеполовых и кишечно-полостных свищей;
10. Незажившие разрывы шейки матки III степени, грубые рубцовые изменения шейки матки и влагалища;
11. Тяжелые формы преэклампсии и эклампсия – при безэффективности консервативного лечения и неподготовленности родовых путей;
12. Экстрагенитальный рак и рак шейки матки;
13. Резко выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
14. Экстрагенитальные заболевания (тяжелые заболевания ССС с явлениями декомпенсации, некоторые заболевания головного мозга, осложненная миопия высокой степени, отслойка сетчатки и др.);
15. Высокий риск передачи инфекции плоду (ВИЧ, ВПГ, вирусного гепатита В, С);
16. Поперечное положение плода в отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути;

Относительные показания:

1. Аномалии родовой деятельности, не поддающиеся консервативной терапии
2. Неправильное вставление и предлежания головки плода;
3. Предлежание и выпадение петель пуповины;
4. Пороки развития матки;
5. Тазовое предлежание плода в сочетании с другой акушерской патологией, возрастом первородящей старше 30 лет или ОАА;
6. Возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с акушерской или экстрагенитальной патологией;
7. Внутриутробная гипоксия плода различного генеза не поддающаяся медикаментозной коррекции;
8. Переношенная беременность в сочетании с акушерской патологией или ОАГА;
9. Многоплодная беременность (тройня и более, поперечное положение первого или обоих плодов, внутриутробная гипоксия, тазовое предлежание обоих плодов);
10. Длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другими отягчающими факторами

Плановое кесарево сечение может быть произведено по сумме относительных показаний.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, свертываемость крови);
2. Общий анализ мочи;
3. Группа крови и Rh-фактор матери;
4. Биохимический анализ крови;
5. Коагулограмма;

При плановом поступлении перед госпитализацией:

6. бакпосев из цервикального канала с определением чувствительности к антибиотикам,
7. ЭКГ;
8. консультации терапевта, ЛОР, окулиста

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. ЭКГ;

2. Аускультация или КТГ плода;
3. УЗИ (локализация плаценты, степень зрелости плода);
4. Осмотр анестезиолога;
5. Осмотр других узких специалистов при ЭГЗ;
6. определение сахара крови.

Тактика лечения:

1. Родоразрешение путем операции кесарева сечения является наиболее предпочтительным по сравнению с другими видами оперативного родоразрешения во II периоде родов (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода).
2. Время проведения экстренного кесарева сечения определяется специалистом акушером-гинекологом согласно показаниям, обязательно участие в операции врачей акушеров-гинекологов, анестезиолога, неонатолога, акушерки. Стационар обязан обеспечить условия для проведения экстренного кесарева сечения при возникновении неотложных состояний.
3. С момента появления показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения до начала операции должно проходить не более 30 минут.

Родоразрешение путем операции кесарева сечения связано с риском развития серьезных осложнений:

Возможные осложнения у родильницы:

1. Разрыв матки при последующих беременностях;
2. Истинное приращение плаценты;
3. Преждевременная отслойка плаценты;
4. Инвазивная болезнь плаценты;
5. Высокий анестезиологический риск;
6. Риск развития аспирационного синдрома;
7. Увеличение кровопотери более 1000 мл;
8. Высокий инфекционный риск;
9. Риск венозной тромбоэмболии;
10. Риск хирургической травмы мочеточников, мочевого пузыря;
11. Риск материнской смертности увеличивается в 4 раза;
12. Необходимость проведения кесарева при последующих беременностях;
13. Риск гистрэктомии.

Возможные осложнения у плода:

1. Респираторный дистресс синдром плода;
2. Необходимость вспомогательной вентиляции легких

Хирургическая техника проведения кесарева сечения:

1. Согласно последним стандартам кесарево сечение должно проводиться в двойных перчатках с целью профилактики передачи ВИЧ.
2. Оптимальным методом рассечения кожи является поперечный разрез по Joel-Cohen (прямой разрез кожи на 3 см выше верхнего края лобкового симфиза, подлежащие мягкие ткани вскрываются тупо, при необходимости – остро с помощью ножниц), так как данная техника связана с укорочением времени оперативного вмешательства и уменьшением частоты возникновения гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде. Рассечение подлежащих тканей скальпелем сопровождается увеличением риска гнойно-септических осложнений.
3. При хорошо сформированном нижнем сегменте матки тупое вскрытие маточной стенки предпочтительнее острому, так как связано с уменьшением интраоперационной кровопотери, частотой послеродового кровотечения и необходимости гемотрансфузии.
4. При проведении операции, послед удаляется потягиванием за пуповину, что уменьшает

- риск послеродового эндометрита.
5. С целью профилактики кровотечения в/в медленно вводится 5 ЕД окситоцина или 5 ЕД интрамиометрально после извлечения плода.
 6. При экстраперитонеальном извлечении тела матки для восстановления целостности ее стенки значительно увеличивается риск инфекционных осложнений и послеродового кровотечения.
 7. Однорядный шов наиболее предпочтителен для восстановления стенки матки.
 8. Ушивание висцеральной брюшины ведет за собой увеличение болевых ощущений у роженицы в послеоперационном периоде, что диктует необходимость назначения обезболивания, увеличивает время оперативного вмешательства.
 9. Ушивание подкожной жировой клетчатки показано при ее толщине более 2 см, поскольку в данном случае увеличивается риск развития гнойно-септических заболеваний.
 10. Не рекомендуется использование дренажа поверхностной раны, поскольку частота развития гнойно-септических заболеваний и гематом не уменьшается.
 11. Во время кесарева сечения необходимо проведение интраоперационной антибиотикопрофилактики цефалоспорины I поколения или ампициллином, что значительно уменьшает риск развития эндометрита, инфекций мочевыводящих путей и раны.

Послеоперационный уход:

1. Показан ранний контакт новорожденного и матери кожа-к-коже.
2. Прикладывание новорожденного к груди показано как можно скорее после проведения кесарева сечения.
3. При отсутствии противопоказаний с целью обезболивания в послеоперационном периоде используются нестероидные противовоспалительные препараты, что значительно уменьшает необходимость применения опиоидных препаратов.

Перечень основных медикаментов: нет

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Окситоцин раствор для инъекций 5 ЕД/мл в ампуле
2. *Ампициллин порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг, 1000 мг

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Удовлетворительное состояние новорожденного и роженицы, отсутствие осложнений со стороны матери и новорожденного.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. SOGC Policy Statement: Attendance t Labour and Delivery Guidelines for Obstetrical Care.- #89, May, 2000, p.3
2. SOGC Clinical Practice Guidelines: Guidelines for Operative Vaginal Birth.- #148, August, 2004.- p.747-753
3. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Caesarean Section. Clinical Guideline, 2004, p.142
4. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286

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

Ложные схватки

Код протокола: 14-132е

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: прекращение нерегулярных схваткообразных болей внизу живота

Длительность лечения: 10-14 дней

Коды МКБ: О47 Ложные схватки

О47.0 Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности

О47.1 Ложные схватки начиная с 37 полных недель беременности

Определение: **Ложные схватки** - нерегулярные сокращения матки, сопровождающиеся болезненными ощущениями, но не вызывающие структурных изменений шейки матки (раскрытия шейки матки).

Классификация:

Патологический прелиминарный период – продолжительностью более 6 часов

Факторы риска:

Многоводие, привычное невынашивание беременности, ИЦН, наличие хронических очагов инфекции, гестозы, гормональные нарушения, иммунные нарушения, многоплодная беременность, наличие рубца на матке.

Поступление: экстренное

Критерии диагностики: наличие нерегулярных болей внизу живота, отсутствие раскрытия шейки матки.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Мазок на наличие околоплодных вод – нитразиновый тест или симптом «папоротника»
2. Общий анализ мочи

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Кардиотокография плода
2. HbsAg
3. Анти HCV

Тактика лечения:

При физиологическом прелиминарном периоде (продолжительность болей не превышает 6 часов) лечение не проводится. В случае патологического прелиминарного периода и утомлении беременной - назначение акушерского сна или сеанса электросна.

Перечень основных медикаментов:

Трамадол раствор для инъекций в ампуле 50 мг/1 мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Диазепам раствор для инъекций в ампуле 10 мг/2 мл

Критерии перевода на следующий этап лечения: прекращение нерегулярных схваткообразных болей внизу живота

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов – Руководство ВОЗ для врачей и акушеров (редактор русского издания Могилевкина И.А.) апрель 2002 г. С. В-65.
2. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь – Учебный семинар ВОЗ 2002 (модуль 12)
3. Активное ведение родов – Абрамченко В.В. М. 2003 г.

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

Недостаточный рост плода

Код протокола: 15-138г

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: Выделение беременных в группу риска развития внутриутробной задержки развития плода (ВЗРП), динамическое наблюдение за данным контингентом; своевременная диагностика патологии; определение дальнейшей тактики ведения беременности (в т.ч. показания к госпитализации и досрочному родоразрешению).

Длительность лечения: 14 дней

Коды МКБ: O36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери

P05 Замедленный рост и недостаточность питания плода

P05.0 "Маловесный" для гестационного возраста плод

P05.1 Малый размер плода для гестационного возраста

P05.2 Недостаточность питания плода без упоминания о "маловесности" или малом размере для гестационного возраста

Определение: Внутриутробная задержка развития плода - это отставание размеров плода по данным фетометрии в сравнении со сроком беременности по дате первого дня последней менструации или результатам фетометрии первого УЗ-сканирования плода.

Классификация:

1. По времени возникновения: ранняя форма; поздняя форма.
2. По типу развития: симметричная форма; ассиметричная форма.

Факторы риска:

1. Социально-экономические условия:
 - низкий социально-экономический статус;
 - недоступность медицинской помощи;
 - профессиональные вредности;
 - «вредные привычки» (курение, алкоголь, наркотики)
2. Питание:
 - исходно низкая масса тела у беременной;
 - недостаточная прибавка массы тела в течении беременности;
 - длительное голодание;
 - вегетарианская диета, пристрастие к определённому виду пищи.
3. Сопутствующие заболевания:
 - хроническая артериальная гипертензия;
 - сахарный диабет с поражением сосудов;
 - заболевания почек;
 - аутоиммунные заболевания;
 - гемоглобинопатии;
 - тяжёлая анемия;
 - врожденные пороки сердца, с признаками недостаточности кровообращения;
4. Инфекционные заболевания матери:
 - вирусные: краснуха, цитомегаловирус, простой герпес, оспа;
 - бактериальные: листериоз, туберкулёз, полимиелит, сифилис;
 - протозойные: токсоплазмоз, малярия.
5. Акушерский анамнез:
 - рождение детей с признаками ВЗРП (вероятность повторения 25%);
 - мертворождение;
 - неясный срок беременности, позднее взятие на учёт;

- возраст матери (менее 16 и старше 35 лет).
- 6. Осложнения беременности:
 - преэклампсия;
 - кровотечение во 2 и 3 триместре;
 - переносимая беременность;
 - аномалии пуповины и плацентации (предлежание плаценты).
 - многоплодие;
 - недостаточный рост ВСДМ (менее 3см от нормы).

Поступление: плановое

Показания для госпитализации:

- значительное отставание фетометрических параметров внутриутробного плода;
- уменьшение объема амниотической жидкости;
- уменьшение дыхательной активности и реактивности сердечной деятельности плода;
- присоединение аномальных признаков при доплерометрии плода;
- сочетание ВЗРП с тяжелыми осложнениями беременности;
- прогрессирование экстрагенитальной патологии в сочетании с ВЗРП
- отрицательный тест на шевеление.

Необходимый объем обследований перед госпитализацией:

- концентрация гемоглобина в периферической крови;
- группа крови, Rh-фактор;
- серологическое обследование на сифилис;
- скрининг на HbsAg;
- скрининг на ВИЧ;
- УЗИ с фетометрией плода;
- доплерометрическое исследование;
- результаты мониторинга АД.

Критерии диагностики:

1. показатели фетометрии плода меньше в сравнении со сроком беременности по дате первого дня последней менструации и данным бимануального исследования до 12 недель беременности (точность до 7 дней) или результатам фетометрии первого УЗИ-сканирования плода;
2. прибавка массы тела беременной ниже ожидаемой;
3. ВСДМ меньше, чем характерно для данного срока беременности (на 3 см и более). Настороженность должно вызывать увеличение ВСДМ не соответствующее прибавке 1см в неделю между 20-36 неделями беременности. Несоответствие ВСДМ сроку более 3-4 см должно быть показанием для проведения УЗИ, которое существенно может дополнить клинические данные.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Динамическое измерение высоты стояния дна матки;
2. Ультрасонография беременных групп риска развития ВЗРП по следующим параметрам:
 - фетометрия плода каждые 4 недели, в III триместре каждые 2-3 недели;
 - динамика роста плода по отношению к первому УЗИ;
 - оценка объема амниотической жидкости (маловодие – фактор риска заболеваемости и гибели плода, при маловодии рекомендуется проводить 1-2 раза в неделю по показаниям – чаще);
 - оценка двигательной активности плода;
 - биофизический профиль
3. Допплерометрическое исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока по следующим параметрам:

- кровооток в пупочной артерии;
- кровооток в маточных артериях;
- кровооток в мозговых артериях плода;
- отношение величины кровоотока между мозговой артерией плода и маточной артерией.

4. Стрессовый тест;

5. Традиционный и модифицированный биофизический профиль;

6. Нестрессовый тест;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

1. Лечение сопутствующих заболеваний беременной, приводящих к ВЗРП;
2. Динамический контроль за состоянием матери и плода;
3. Своевременное изменение акушерской тактики и досрочное родоразрешение по показаниям.
4. Метаболическая терапия по показаниям.

Досрочное родоразрешение показано при выраженном риске состояния внутриутробного плода. Не доказано, что досрочное родоразрешение беременных с признаками тяжелой гипоксии плода уменьшает частоту неблагоприятных исходов. При выявлении диастолического кровоотока при доплерометрическом исследовании, отсрочка родоразрешения до 37 недель, не увеличивает неблагоприятные исходы для плода. В случаях выявления отсутствия или обратного диастолического кровоотока, частота респираторного дистресса плода и некротического энтероколита не увеличивается, но увеличивается риск внутричерепных кровоизлияний, анемии и гипергликемии. Показанием к досрочному родоразрешению при ВЗРП в сроках более 34 недель беременности является выявление обратного диастолического кровоотока и патологические показатели БФП. Интервал между впервые выявленным обратным диастолическим кровоотком и появлением патологических признаков кардиотокографии (КТГ) или БФП составляет 1-26 дней. Оптимальной тактики ведения беременности в данной ситуации не разработано; показано ежедневное проведение КТГ/БФП и исследование венозного кровоотока методом Доплера. Досрочное родоразрешение путем операции кесарево сечение показано при появлении признаков патологии КТГ (децелерации с уменьшением вариабельности ЧСС), БФП (балл ниже 4) и обратного кровоотока в венозном протоке в диастолу или пульсация пупочной вены. В сроках беременности до 36 недель перед досрочным родоразрешением показана профилактика дистресс-синдрома плода назначением кортикостероидов.

Проведение кардиомониторинга плода во время родов уменьшает показатели перинатальной смертности в группе высокого риска.

Профилактика:

- профилактика курения при беременности;
- выявление и лечение очагов хронической инфекции;
- прием низких доз аспирина.

Перечень основных медикаментов: по показаниям

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- прирост высоты стояния дна матки;
- соответствие фетометрических параметров сроку беременности;
- нормальные показатели доплерометрии;
- нормальные показатели КТГ и БФП;
- прогрессирование беременности.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. National Guideline Clearinghouse: Intrauterine Growth Restriction.- www.guideline.gov

2. National Guideline Clearinghouse: ACR Appropriateness Criteria for Growth Disturbances: Risk of Intrauterine Growth Restriction.- www.guideline.gov
3. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Setting Standart to Improve Women's Health – The Investigation and Managment of the Small-For-Gestational-Age Fetus.- Guideline #31, 2002, p.16
4. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Rutine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
5. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
6. Внутриутробная задержка роста плода. – Ярославль.- 2001.- с.21

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

Отеки беременных с протеинурией без гипертензии

Код протокола: 14-132 б

Профиль: акушерско–гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: Лечение отеков, вызванных беременностью, с протеинурией или без нее, профилактика присоединения гипертензионных расстройств, прогрессирование беременности.

Длительность лечения: 10-14 дней

Коды МКБ: O12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии
O 12.0 Вызванные беременностью отеки
O12.1 Вызванная беременностью протеинурия
O12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией

Определение: Отеки – генерализованное скопление жидкости, которое не проходит после 12 часового постельного режима или определяется прибавкой веса более 2,2 кг в неделю.

Классификация: нет

Факторы риска: в 80% случаев отеки у беременных при отсутствии протеинурии (более 300 мг/л в сутки) и артериальной гипертензии носят характер физиологических.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации: выраженная протеинурия; присоединение симптомов преэклампсии.

Необходимый объем обследований перед госпитализацией:

концентрация гемоглобина в периферической крови;

группа крови, Rh-фактор;

серологическое обследование на сифилис;

общий анализ мочи

Критерии диагностики: отеки верхних, нижних конечностей; лица или генерализованные отеки; протеинурия более 0,3 г/л в сутки или ее отсутствие; нормальные показатели артериального давления.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. гемоглобин, гематокрит
2. концентрация тромбоцитов
3. скрининг мочи на асимптомную бактериурию
4. концентрация креатинина сыворотки крови
5. концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови
6. концентрация сывороточных трансаминаз
7. сывороточный альбумин, лактатдегидрогеназа
8. коагуляционный профиль
9. УЗИ плода в сроках 20-22, 30-34 недели
10. осмотр смежных специалистов,
11. консультация терапевта
12. бактериологическое исследование мочи

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. HbsAg
2. Анти HCV

Тактика лечения:

1. Лечебно-охранительный режим;
2. Внутривенная инфузия низкомолекулярных декстранов;
3. Дезагрегантная терапия.

Нельзя использовать диуретики (уменьшают внутрисосудистый объем жидкости, повышают

периферическое сосудистое напряжение), нельзя ограничивать прием жидкости (уменьшают внутрисосудистый объем жидкости). Проведение разгрузочных дней не показано.

Выявление изолированной протеинурии у беременных требует консультации смежных специалистов. Все беременные с персистирующей протеинурией при отсутствии гипертензии должны быть подвергнуты тщательному обследованию, так как суточная потеря белка с мочой, превышающая 300 мг/л, связана с увеличением частоты материнской и перинатальной заболеваемости.

Перечень основных медикаментов:

1. Пентоксифиллин раствор для инъекций 20 мг в 1 мл, амп

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- отсутствие белка в моче;
- удовлетворительное состояние плода;
- прогрессирование беременности.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. National Guideline Clearinghouse: www.guideline.gov
 - National High Blood Pressure Education Program: Working Group report on high blood pressure in pregnancy;
 - Preeclampsia Community Guideline.
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Setting Standard to Improve Women's Health
 - Management of Eclampsia
 - Pre-eclampsia – Study Group Recommendations
3. Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. Management of Non-proteinuric Hypertension in Pregnancy
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005, p.80
5. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
6. Артериальная гипертензия при беременности. Пособие для врачей и интернов. Ярославль, 1999, с.34

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

Позднее или вторичное послеродовое кровотечение

Код протокола: 14-128 в

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационарный с оперативным вмешательством

Цель этапа: Точная оценка объема кровопотери, своевременное проведение неотложных мероприятий, точное установление причин вторичного ПРК, адекватное лечение кровотечения с учетом его причины, уменьшение необходимости проведения хирургического гемостаза.

Длительность лечения: 7 дней

Код МКБ: O72.2 Позднее или вторичное послеродовое кровотечение

Определение: Позднее (вторичное) послеродовое кровотечение (ПРК) – кровотечение объемом 500 мл и более, возникшее в период от 24 часов до 6 недель после родов.

Причинами позднего ПРК являются нарушение сократительной способности матки (атония матки), разрывы или гематомы мягких родовых путей (шейки матки, влагалища), разрыв или выворот матки, гематома широкой связки матки, эндометрит на фоне остатков частей последа в полости матки, экстрагенитальное кровотечение.

Классификация: Классификация позднего ПРК:

1. Умеренное ПРК - объем кровопотери 500-1000 мл;
2. Массивное ПРК – объем кровопотери составляет более 1000 мл.

Факторы риска:

Факторы риска вторичного послеродового кровотечения:

- Преждевременная отслойка плаценты;
- Предлежание плаценты;
- Многоплодная беременность;
- Преэклампсия или гестационная гипертензия;
- Первые по счету роды;
- Первичное ПРК;
- Ожирение;
- Родоразрешение путем операции кесарево сечение;
- Задержка частей последа;
- Срединно-латеральная эпизиотомия в родах;
- Оперативное родоразрешение через естественные родовые пути (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, экстракция плода за тазовый конец);
- Длительность родов более 12 часов;
- Вес плода при рождении более 4000 г;
- Гипертермия в родах.
- Антенатальная гибель плода
- Многоводие
- Стремительные роды
- Миома матки
- Многорожавшие
- ДВС-синдром

Поступление: экстренное

Критерии диагностики:

Признаки кровотечения (наружного – кровотечение из половых путей или внутреннего);
Наличие одной из причин вторичного ПРК (атония матки, разрывы или гематомы мягких родовых путей (шейки матки, влагалища), разрыв или выворот матки, гематома широкой

связки матки, экстрагенитальное кровотечение);

Симптомы геморрагического шока (уровень систолического АД ниже 80 мм.рт.ст., тахикардия, бледность кожных покровов, одышка, олигурия)

Перечень основных диагностических мероприятий:

- Группа крови и Rh-фактор родильницы;
- Общий анализ крови (развернутый: гемоглобин, гематокрит, концентрация тромбоцитов);
- Коагулограмма (протромбиновое, тромбиновое время, протромбиновый индекс, концентрация фибриногена, продукты деградации фибриногена);
- Время свертывания крови;
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (остатки плацентарной ткани, скопление крови в полости матки, брюшной полости и ретроперитонеально, наличие гематом);
- Частота сердечных сокращений, уровень артериального давления;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- При массивном вторичном ПРК дополнительными диагностическими мероприятиями являются:
 - электрокардиография;
 - оценка диуреза через постоянный катетер Фолея;
 - мониторинг центрального венозного давления.
 - HbsAg;
 - Анти HCV.

Тактика лечения: Основной причиной увеличения материнской заболеваемости и смертности при вторичном ПРК является задержка и неадекватное восполнение объема циркулирующей жидкости, нарушение коагуляции, травматический характер кровотечения. Следует учитывать, что при вторичном ПРК кровь может скапливаться в полости матки, брюшной полости и ретроперитонеально.

Неотложные мероприятия при вторичном ПРК:

1. Умеренное вторичное ПРК – кровотечение объемом 500-1000 мл без клинических проявлений шока:

- Пункция периферической вены (размер канюли 14-16 G, достаточно одной вены);
- Катетеризация мочевого пузыря;
- Контроль состояния свертывающей системы крови и концентрации гемоглобина;
- Инфузия кристаллоидов (физраствор) для восполнения объема циркулирующей жидкости.
- Инфузия свежзамороженной плазмы.

2. Массивное вторичное ПРК – кровотечение объемом более 1000 мл или клинические признаки шока:

- Пункция двух периферических вен (размер канюли 14-16 G);
- Опустить головной конец для централизации кровообращения;
- Подача увлажненного кислорода через маску со скоростью 8 л/мин.;
- Трансфузия кровезаменителей и препаратов крови по схеме;
- Контроль центрального венозного давления.
- Мониторинг ЭКГ, АД, ЧСС, SpO₂;
- Своевременное начало ИВЛ (по показаниям).

Схема инфузионной терапии при массивном вторичном ПРК:

1. Быстрое восполнение объема циркулирующей жидкости

- Инфузия кристаллоидов (физиологический раствор) – максимально до 2 л.;
 - Инфузия коллоидов (желатин, гемацел, человеческий альбумин 4,5%) максимально до 1,5 л.;
2. При нестабильности состояния на фоне инфузии кристаллоидов/коллоидов
- Инфузия свежзамороженной плазмы
 - Гемотрансфузия однокровной крови
3. При продолжающемся кровотечении и отклонениях в показателях коагуляционной функции крови
- Инфузия свежзамороженной плазмы 1 л и более;
 - Гемотрансфузия однокровной крови
 - Инфузия криопреципитата в количестве 10 доз (по показаниям);
 - При отсутствии геморрагического шока и ДВС-синдрома – инфузия ГЭК
4. Использование теплых инфузионных растворов;
5. Не использовать специальных кровяных фильтров, так как они способствуют уменьшению скорости инфузии;

Принципы ведения вторичного ПРК:

- 1 этап: Начальные диагностические и лечебные мероприятия (проводятся параллельно):
1. Проведение неотложных мероприятий при вторичном ПРК (см. выше).
 2. Установление причины вторичного ПРК
 - Оценка сократительной способности матки (при наружном массаже – тонус матки);
 - Осмотр родовых путей с целью исключения их травм;
 - Сбор анамнеза (с акцентом на заболевания крови).
 3. Лабораторное обследование
 - Общий анализ крови (гематокрит, тромбоциты, свертываемость крови);
 - Коагулограмма;
 - Определение группы крови и резус-фактора.
- 2 этап: Лечение вторичного ПРК в зависимости от причины:
1. При нарушении сократительной способности матки (массаж матки; бимануальная компрессия матки; утеротоническая терапия (окситоцин 50 ЕД на 500 физиологического раствора в/в струйно, простагландины).
 2. Остатки плацентарной ткани (ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа, выскабливание стенок полости матки).
 3. Обнаружение травмы мягких родовых путей (вправление матки при ее вывороте, ушивание разрывов мягких тканей, диагностика разрыва матки, гематом).
 4. При нарушении коагуляции – лечение ДВС-синдрома.
- 3 этап: Хирургический гемостаз при неэффективности консервативного лечения.
1. Обследование под общей анестезией.
 2. Лапаротомия с последующей перевязкой маточных или внутренних подвздошных артерий, при неэффективности – гистерэктомия.

При подозрении на атонию матки проводятся следующие мероприятия:

- Компрессия матки (наружная) для стимулирования сократительной функции;
 - Контроль диуреза через постоянный катетер Фолея;
 - в/в медленные инъекции метилэргометрина;
 - Инфузии синтоцинона (30 ЕД в 500 мл раствора со скоростью 125 мл/час);
- При неэффективности консервативной терапии вторичного ПРК показано проведение хирургического гемостаза:
- Лапаротомия, интрамиометральное введение 0,5 мг карбопроста (гемабата);

- Двухсторонняя перевязка маточных артерий;
- Двухсторонняя перевязка внутренних подвздошных (гипогастральных) артерий;
- Гистрэктомия.

Профилактика:

- 1.Рутинная профилактика ПРК окситоцином 10ед в/м сразу после рождения ребенка;
2. Опорожнение мочевого пузыря.
- 3.Активное ведение последового периода (раннее пережатие и пересечение пуповины, контролируемые тракции пуповины, тщательный осмотр отделившегося последа и родовых путей);

Перечень основных медикаментов:

1. *Однокомпонентные и комбинированные растворы для инфузий и инъекций
2. *Плазмозаменяющие средства
3. *Окситоцин раствор для инъекций 5 ЕД/мл в ампуле
4. Метилэргометрин раствор для инъекций 0,2% в ампулах 1 мл, 10 мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- остановка кровотечения;
- восстановление жизненных функций родильницы;
- нормализация лабораторных показателей.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project: The Managment of Postpartum Haemorrhage.- 2000.-p.29
2. Department of Health, NSW: Framework for Prevention, Early Recognition and Managment of Postpartum Haemorrhage.- Policy Directive.- 2005.- www.health.nsw.gov.au
3. SOGC Clinical Practice Guidelines: Prevention and Managment of Postpartum Haemorrhage.- #88, 2000, p.11

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

Полипы слизистой шейки матки

Код протокола: 13-122к

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап лечения: стационар

Цель этапа: удаление полипа слизистой шейки матки

Длительность лечения: 4 дня

Код МКБ: N84 Полип женских половых органов

Определение: Полип шейки матки является следствием чрезмерного роста части слизистой оболочки шеечного канала (фоновый процесс).

Классификация: нет

Факторы риска:

гиперэстрогения;

наличие папилломавируса человеческого;

наличие гиперпластических процессов в анамнезе.

Поступление: плановое

Показания для госпитализации: наличие полипа шейки матки

Необходимый объем обследований перед госпитализацией:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови;
4. Коагулограмма (время, фибриноген, тромбиновое время, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит);
5. Исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок;
6. УЗИ матки;
7. Кольпоскопия;
8. Цитологическое исследование;
9. Консультация терапевта;
10. ЭКГ;

Критерии диагностики:

наличие полипа при гинекологическом осмотре;

мажущие кровянистые выделения из половых путей (контактные);

кольпоскопическая картина полипа шейки матки.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Раздельное диагностическое выскабливание полости матки;
2. Биопсия шейки матки: гистологическое исследование.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

полипэктомия;

раздельное диагностическое выскабливание полости матки;

противовоспалительная терапия, местная санация половых путей по показаниям.

Перечень основных медикаментов:

1. *Ампициллин порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг, 1000 мг; суспензия 125/5 мл во флаконе
2. *Нистатин 500 000 ЕД табл
3. *Натрия хлорид, 0,9% раствор для инфузий 400мл фл
4. *Метронидазол 100мл 500мг, фл
5. *Метронидазол 250мг, табл
6. *Окситоцин раствор для инъекций 5 ЕД/мл в ампуле

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения: малигнизация процесса

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. RODIGY Guidance - Gynaecological cancer – suspected. July 2005 - revised to reflect the update to the Referral guidelines for suspected cancer published by the National Institute for Health and Clinical Excellence in June 2005. Issued in July 2005
2. Gynaecological tumours EBM Guidelines. 12.8.2005
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

Постабортный эндометрит

Код протокола: 14-132и

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: восстановление репродуктивной системы

Длительность лечения: 10 дней

Код МКБ:

O08 Осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью

O04.0 Медицинский аборт, полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов

O04.8 Медицинский аборт, полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями

Определение: Постабортный эндометрит - воспаление внутреннего функционального слоя матки (эндометрия). Причина - стафилококковая, стрептококковая или колибациллярная инфекция. Развивается обычно в результате проникновения микробов в остатки децидуальной оболочки матки с вовлечением в процесс прилежащих участков миометрия.

Классификация: нет

Факторы риска: аборты

Поступление: экстренное.

Показания для госпитализации:

Критерии диагностики: Симптомы эндометрита появляются через несколько дней после инфицирования, которое произошло в процессе аборта. Повышается температура до 38 гр. С, пульс учащается, но частота его соответствует температуре, бывает однократный озноб. Общее состояние почти не нарушается. Местные изменения: субинволюция матки, болезненность "по ребрам матки" - месторасположения крупных лимфатических сосудов, лохий с примесью гноя, лохиометра. Заболевание протекает 8-10 дней.

Основные симптомы острого эндометрита:

- повышение температуры
- общая слабость
- боль внизу живота
- жидкие гнойные выделения (возможно с примесью крови)
- повышение СОЭ

Анализ крови показывает лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, при пальпации определяется увеличенная, болезненная матка. Без соответствующей терапии возможен переход заболевания в хроническую форму.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Определение времени свертываемости капиллярной крови
3. Общий анализ мочи
4. Коагулограмма (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
5. Определение креатинина, остаточного азота, общего белка, сахара, билирубина
6. Бакпосев на флору и чувствительность к антибиотикам
7. Исследование мазков на гонорею,
8. трихомониаз и дрожжевой грибок
9. УЗИ матки
10. Гистологическое исследование

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ИФА

2. HbsAg
3. Исследование крови на ВИЧ
4. Исследование на хламидиоз, цитомегаловирус, токсоплазмоз (иммуноферментным методом)
5. ЭКГ (по показаниям)
6. Консультация врача анестезиолога (по показаниям)
7. Анти HCV

Тактика лечения: Лечение эндометрита (особенно острого) заключается в применении следующих видов терапии:

- антибактериальной
- десенсибилизирующей
- инфузионной
- общеукрепляющей

Для общего лечения применяются антибиотики, которые действуют на возбудителя. Препарат подбирается в зависимости от чувствительности возбудителя, с учетом особенностей организма пациента. Антибактериальную терапию проводят до стойкого закрепления терапевтического эффекта.

Для лечения хронического эндометрита необходим комплексный подход, который повысил бы неспецифическую резистентность организма. Важную роль играет применение физиотерапии. Она помогает повысить активность рецепторов эндометрия, улучшить гемодинамику малого таза, стимулировать пониженную функцию яичников.

Внутривенная инфузионная терапия. Пациенткам, находящимся в нестабильном состоянии, показан кислород и введение катетера Фоллея. Рекомендована ранняя антибиотикотерапия антибиотиками широкого спектра действия. Дилатация и кюретаж. Необходимость в проведении лапаротомии может возникнуть в случае неэффективности вышеуказанных мер. Антибактериальная терапия инфекционных осложнений аборта.

Препараты выбора:

Ингибиторозащищенные пенициллины (*амоксциллин с клавулановой кислотой 600 мг 3 раза в день) в сочетании с *доксидиклином (100 мг 2 раза в день) или макролидами (*эритромицином 500 мг 4 раза в день).

Цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим 1г 2 раза в день, цефтриаксон 1г 2 раза в день) в сочетании с *доксидиклином (100 мг 2 раза в день) или макролидами (эритромицином 500 мг 4 раза в день) и *метронидазолом (250 мг 3 раза в день).

Альтернативные препараты:

Фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день) в сочетании с *метронидазолом (250 мг 3 раза в день) и доксициклином (100 мг 2 раза в день) или макролидами (*гентамицин 80 мг 3 раза в день). *Карбапенемы (имипенем 500 мг 2 раза в день) в сочетании с доксициклином (100 мг 2 раза в день) или макролидами (эритромицин 500 мг 4 раза в день).

Продолжительность терапии: парентеральное введение применяется до клинического улучшения и продолжается еще в течение 48 ч. Затем возможен переход на пероральный прием доксициклина (100 мг 2 раза в день) или линкосамидов. Длительность антибактериальной терапии должна составлять не менее 7 сут, а при тяжелых формах - до 14 сут.

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р\сут в течение 7 дней.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии показана операция выскабливания матки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
2. *Доксициклин 100 мг, капс

3. *Эритромицин 250 мг, 500 мг табл
4. *Метронидазол раствор для инфузий вл флаконе
5. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг табл
6. *Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
7. *Имипенем+цисплатин порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг во Флаконе
8. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Отсутствие болей, нормализация температуры, прекращение выделений

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. The Care of Women Requesting Induced Abortion Evidence-based Clinical Guideline Number 7 www.rcog.org.uk
2. MANAGEMENT OF ACUTE PELVIC INFLAMMATORY DISEASE Guideline No. 32 May 2003 www.rcog.org.uk
3. THE INITIAL MANAGEMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN Guideline No. 41 April 2005 www.rcog.org.uk

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

Сальпингит и оофорит

Код протокола: 13-124а

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: купирование воспалительного процесса

Длительность лечения: 10 дней

Код МКБ: N70 Сальпингит и оофорит

N70.0 Острый сальпингит и оофорит

N70.1 Хронический сальпингит и оофорит

N70.9 Сальпингит и оофорит неуточненные

Определение: Сальпингит и оофорит – воспалительные заболевания придатков матки (трубы, яичники).

Классификация:

По течению:

- Острый
- Подострый
- Хронический

Факторы риска:

- любые внутриматочные вмешательства, например введение внутриматочных спиралей,
- операции по хирургическому прерыванию беременности;
- несколько половых партнеров;
- секс без барьерных методов контрацепции и во время менструации;
- перенесенные в прошлом воспалительные заболевания женских половых органов
- (остается вероятность сохранения хронического воспалительного процесса при невыявленных ранее «скрытых» инфекциях и развития дисбактериоза влагалища);
- переохлаждение

Поступление: плановое, экстренное

Показания для плановой и экстренной госпитализации:

- Молодой возраст больной при отсутствии детей.
- Сомнения в диагнозе.
- Выраженная лихорадочная реакция.
- Тубоовариальный абсцесс.
- Невозможность организации амбулаторного лечения или его недостаточная эффективность.
- При остром процессе госпитализация в экстренном порядке.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

- Серологический скрининг на сифилис
- Общий анализ крови (6 параметров)
- Общий анализ мочи
- Определение βХГЧ (для диф.диагностики)
- Обследование нативных мазков из сводов влагалища, уретры, цервикального канала.
- Абдоминальное или чрезвлагалищное УЗИ матки с придатками помогает в диагностике объемных образований придатков, нормальная или эктопическая беременность, особенно если резкая боль мешает бимануальному исследованию органов малого таза. По данным УЗИ можно судить о динамике заболевания и об эффективности проводимой терапии.

Критерии диагностики:

- Двусторонняя боль в низу живота.
- Патологические выделения из половых путей.
- Лихорадка.

Тяжесть клинических проявлений у разных больных варьирует, и заболевание может даже протекать бессимптомно.

Объективные данные

- Болезненность шейки и тела матки.
- Увеличение размеров яичника или определение tuboовариального образования и его болезненное

Лабораторные исследования:

- Определение концентрации С-реактивного белка крови (повышена).
- Общий анализ мочи (для дифференциальной диагностики).
- Общий анализ крови (увеличение СОЭ, лейкоцитоз)

Дифференциальная диагностика:

- Острый аппендицит.
- Эktopическая беременность.
- Киста яичника.
- Эндометриоз.
- Инфекция мочевых путей.

Принципы диагностики:

1. Анамнез (жалобы)

- Двусторонняя боль в низу живота.
- Патологические выделения из половых путей.
- Дисфункциональные маточные кровотечения.
- Лихорадка.

2. Объективные данные

- Болезненность шейки и тела матки.
- Увеличение размеров яичника или определение tuboовариального образования и его болезненное
- При развитии перигепатита в верхней части живота справа определяют болезненность.
- Слизисто-гнойные выделения из половых путей.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Определение концентрации С-реактивного белка крови
2. Общий анализ мочи
3. Определение ХГЧ
4. Исследования на хламидийную и гонорейную инфекции
5. Мазок по Папаниколау
6. Мазок на степень чистоты
7. Общий анализ крови
8. БАК посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам
9. 3-х часовая термометрия

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ЭКГ
2. Коагулограмма
3. Биохимия крови
4. Лапароскопия
5. УЗИ органов малого таза
6. HbsAg
7. Анти HCV

Тактика лечения:

1. Антибактериальная терапия.

Используются антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности к антибиотикам.

Цефалоспорины 3-4 поколения в сочетании с тетрациклином широкого спектра действия или макролидами и метронидазолом.

Альтернативные препараты: фторхинолоны в сочетании с метронидазолом и тетрациклином широкого спектра действия.

Парентеральное введение применяется до клинического улучшения и продолжается еще в течение 48 часов, затем переводится на пероральный прием.

Длительность не менее 7 суток, при тяжелых формах до 14 суток.

2. Десенсибилизирующая терапия.

3. Инфузионная терапия.

4. Профилактика и лечение микозов.

5. ВМС следует удалить.

6. Всех половых партнёров пациентки необходимо обследовать и при необходимости назначить лечение.

7. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р\сут в течение 7 дней.

Перечень основных медикаментов:

1. Цефалоспорины 3-4 поколения, макролиды, фторхинолоны с учетом чувствительности к антибиотикам, амп., табл.

2. *Доксициклин 100 мг, капс

3. *Метронидазол 100мл, фл

4. *Метронидазол 250 мг, табл

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

6. *Итраконазол 100 мг, капс

7. *Декстран раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл

8. *Глюкоза раствор для инфузий, фл 400мл

9. Кристаллоидные растворы флакон 400 мг

10. *Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл

11.*Флуконазол, капс 150мг

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

исчезновение болевого синдрома, нормализация температуры и менструального цикла
нормализация лабораторных показателей и вагинальных данных.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. PRODIGY Quick reference guide. Bacterial vaginosis. [www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=bacterial vaginosis](http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=bacterial+vaginosis)
2. A randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin and doxycycline in the outpatient treatment of acute salpingitis. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Texas Southwestern Medical School, Dallas. Am J Obstet Gynecol. 1991 May; 164 (5 Pt 2):1390-6.
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

Тубэктомия

Код протокола: 13-132а

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: стационар

Цель этапа: Удаление внематочной беременности, трубы. Нормализация состояния пациентки, отсутствие клинических симптомов

Длительность лечения: 7-10 дней в зависимости от диагноза

Код МКБ: O00 Внематочная (эктопическая) беременность N70 Сальпингит и оофорит N80.2

Эндометриоз маточной трубы O00.1 Трубная беременность

Определение: Тубэктомия – оперативное вмешательство с удалением патологически измененной маточной трубы.

Классификация: не указана

Факторы риска: Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе.

- Операция на маточной трубе в анамнезе.
- Эктопическая беременность в анамнезе.
- Бесплодие в анамнезе и его лечение (например, с помощью ЭКО).
- Использование ВМС^С.
- Эндометриоз.
- Аномалии развития внутренних половых органов.

Поступление: экстренное

Критерии диагностики:

1. При влагалищном исследовании – образование в области придатков
2. УЗИ – образование в придатках
3. Болевой синдром
4. При внематочной беременности – повышение ХГЧ, возможен геморрагический шок
5. При тубоовариальном образовании – сактосальпингсе, пиосальпингсе в общем анализе крови сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, интоксикация.
6. Нарушение менструальной функции.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Коагулограмма
5. ЭКГ
6. Моча или кровь на ХГ
7. Дополнительные диагностические мероприятия:
8. Бакпосев
9. ИФА ПЦР (хламидии, гонорея, трихомонады)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. HbsAg
2. Анти HCV

Тактика лечения:

При наличии жалоб на боли внизу живота и/или дисфункциональное маточное кровотечение у женщин фертильного возраста всегда необходимо допускать возможность эктопической беременности.

Диагностика: При наличии маточного кровотечения и болей внизу живота сначала необходимо выяснить, беременна ли женщина. Для выявления беременности рекомендуют проводить исследование сыворотки крови. Самый чувствительный тест на беременность – определение ХГЧ в сыворотке крови, тест становится положительным (содержание ХГЧ более 10-20 МЕ\мл) уже за неделю до ожидаемого дня наступления менструального кровотечения. Исследование мочи для выявления беременности – менее

чувствительный метод диагностики беременности: положительный результат свидетельствует о наличии беременности, однако отрицательный результат эктопическую беременность полностью не исключает. Если результат теста на беременность положительный, с помощью УЗИ определяют месторасположение плодного яйца. При трансвагинальном сканировании возможно установление эктопической беременности с вероятностью почти 100% через 41 день после последнего менструального кровотечения. При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать уровень ХГЧ в сыворотке крови и результаты УЗИ. Содержание ХГЧ в сыворотке крови выше 1000 МЕ/мл при отсутствии плодного яйца в полости матки на основании УЗИ в 100% случаев свидетельствует об эктопической беременности. Локализацию эктопической беременности, размеры плодного яйца или эмбриона обычно подтверждают с помощью лапароскопии, лапаротомии.

Лечение:

При развитии шока необходимо лечение начать с внутривенного капельного введения жидкостей. При стабилизации гемодинамики больную срочно берут на операцию. Радикальный метод лечения (удаление маточной трубы) рекомендуют проводить в следующих случаях: при больших повреждениях маточной трубы, при повторном развитии внематочной беременности в той же трубе, если женщина не планирует в дальнейшем иметь беременность (возможно одновременное выполнение хирургической стерилизации) или в случае ЭКО или его планирования. Хирургическое вмешательство с использованием лапароскопии проводят у женщины, планирующей в будущем беременность и при наличии технических возможностей. Наиболее распространенной щадящей операцией является рассечение маточной трубы. Лапароскопический метод превосходит лапаротомию в отношении восстановления в послеоперационном периоде, снижает риск повторной эктопической беременности.

Антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности к выделенной флоре.

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р/сут в течение 7 дней.

Дополнительно по показаниям инфузии свежезамороженное плазмы, эритроцитарной массы, полиглюкина

Перечень основных медикаментов:

1. *Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг
2. *Метронидазол раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
3. *Декстран раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл
4. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
5. *Итраконазол 100 мг капс
6. *Глюкоза раствор для инфузий 5% 400мл фл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Препараты, получаемые из крови, плазмозаменяющие средства и средства для парентерального питания

Критерии перевода на следующий этап лечения:

нормализация состояния пациентки, отсутствие клинических симптомов

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Ectopic pregnancy Search date April 2003 Salpingostomy (open or laparoscopic). *Clinical Evidence* is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of tubal pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 1998 Dec. 7 p. (ACOG practice bulletin; no. 3).

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.
4. Ectopic pregnancy Search date April 2003 Salpingostomy (open or laparoscopic). *Clinical Evidence* is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of tubal pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 1998 Dec. 7 p. (ACOG practice bulletin; no. 3).
6. 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

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

Протоколы
диагностики и лечения заболеваний
(для организаций оказывающих первичную медико-санитарную
помощь)

Алматы 2006г.

Бронхиальная астма

Код протокола: 04-043а

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: купирование приступов удушья, обострения болезни

Длительность лечения: 7-10 дней

Коды МКБ: J45- Астма

J45.0- Астма с преобладанием аллергического компонента

J45.1- Неаллергическая астма

J45.8 - Смешанная астма

J45.9 - Астма неуточненная

J46 - Астматический статус

Определение: Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание дыхательных путей, основным патогенетическим механизмом которого является гиперреактивность бронхов, обусловленная воспалением, а основным клиническим проявлением – приступы удушья (преимущественно экспираторного характера) вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов. Приступы удушья, а также характерные для БА кашель, чувство «заложенности» в груди, эпизоды свистящих дистанционных хрипов возникают преимущественно в ночные или утренние часы и сопровождаются частично или полностью обратимой (спонтанно или вследствие лечения) бронхиальной обструкцией.

Классификация: Классификация астмы основывается на совместной оценке симптомов клинической картины и показателей функции легких:

1. По этиологии: атопическая (экзогенная); неатопическая (эндогенная); смешанная.

2. По тяжести заболевания различают:

- степень I (легкая интермиттирующая): количество симптомов днем ≤ 2 раз в неделю; отсутствие и нормальные показатели ПСВ (пиковая скорость выдоха) между обострениями, количество симптомов ночью ≤ 2 раз в месяц; ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ нормы, разброс показателей ПСВ менее 20%
- степень II (легкая персистирующая); количество симптомов днем > 1 раза в неделю, но < 1 раза в день; приступы нарушают активность; ночные симптомы > 2 раз в месяц; ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ нормы, разброс показателей ПСВ 20%-30%.
- степень III (персистирующая, средней тяжести); симптомы ежедневно, приступы нарушают активность; ночные симптомы > 1 раза в неделю; ОФВ1 или ПСВ – 60- 80% нормы, разброс показателей ПСВ $> 30\%$.
- степень IV (тяжелая персистирующая): симптомы постоянные, ограничена физическая активность; ночные симптомы частые; ОФВ1 или ПСВ $< 60\%$ нормы, разброс показателей ПСВ $> 30\%$.

3. По фазе течения: обострение, нестабильная ремиссия, ремиссия, стабильная ремиссия (более 2 лет).

Факторы риска: аллергены клещей, домашней пыли (такие мелкие, что невидимы невооруженным глазом), курение табака (курит ли сам пациент или он вдыхает дым, когда курят другие), аллергены животных, покрытых шерстью, аллергены тараканов, пыльца и плесневые грибы вне помещений, плесневые грибы внутри помещений, физическая активность, лекарства.

Критерии диагностики: В анамнезе любое из следующих проявлений:

кашель, особенно ночью; повторяющиеся хрипы; повторяющееся затрудненное дыхание; повторяющееся чувство сдавления грудной клетки; симптомы возникают или ухудшаются ночью; симптомы становятся тяжелее при контакте с триггерами; важным клиническим

маркером бронхиальной астмы является исчезновение симптомов спонтанно или после применения бронходилататоров и противовоспалительных препаратов. Наличие атопических заболеваний у больного или его родственников.

Обратимое или изменяющееся снижение проходимости дыхательных путей по показаниям спирометра (ОФВ 1 или ФЖЕЛ) или пикфлоуметра (пиковая скорость выдоха – ПСВ). При использовании пикфлоуметра можно подумать об астме, если:

- ПСВ увеличивается более чем на 15% через 15-20 минут после вдыхания быстродействующих β_2 -агонистов, или
- ПСВ, измеренная вечером, отличается более чем на 20% от утренних значений у пациентов, принимающих бронходилататоры и более чем на 10% у пациентов, не принимающих бронходилататоры, или
- ПСВ снижается более чем на 15% после 6 минут непрерывного бега или физической нагрузки.

В ОАК может быть выявлена эозинофилия. В ОАМ возможно выявление незначительной протеинурии или нет изменений. Для дифференциальной диагностики: рентгенография грудной клетки (отсутствие изменения легочной ткани). Термометрия. При стойком и длительном повышении температуры тела исследование гемокультуры на бактериемию на высоте лихорадки с определением чувствительности флоры к антибиотикам.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Микрореакция
4. Общий анализ мокроты
5. Флюорография
6. Исследование функций внешнего дыхания

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография органов грудной клетки
2. Консультация пульмонолога
3. Консультация стоматолога
4. Консультация отоларинголога
5. Кожные пробы
6. Провокационные пробы
7. Цитология мокроты, исследование мокроты на БК
8. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
9. Проведение аллергопроб
10. Исследование внешнего дыхания с бронхолитиком и/или бронхопровокатором

Тактика лечения: Исключить контакт с причинным аллергеном, влияния неспецифических Раздражителей (курения, профессиональной вредности, поллютантов, резких запахов и др.).

Купирование приступов: ингаляционные β_2 -агонисты быстрого действия (сальбутамол, фенотерол); β_2 -агонисты длительного действия с быстрым началом действия (сальметерол, формотерол); ингаляционные холинолитики (ипратропия бромид); комбинированные ЛС, включающие холинолитики и β_2 -агонисты; метилксантины короткого действия (аминофиллин); системные ГКС (преднизолон).

Для длительного ведения астмы рекомендуется ступенчатый подход в зависимости от степени тяжести.

Для всех уровней: дополнительно к регулярной ежедневной терапии, при необходимости должны применяться ингаляционные β_2 -агонисты быстрого действия, но не чаще 3-4 раз в день, фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромид.

Степень I – ежедневного приема для контроля заболевания не требуется. Рекомендуется назначать бронходилататоры короткого действия по потребности не более 1-2 раза в сутки.

Степень II - Ингаляционный ГКС: беклометазон дипропионат 200-500 мкг в 1-2 приема, флутиказона пропионат 120 доз (100-200 мкг 2 раза в сутки), будесонид 100-250 мкг/сут. Альтернативное лечение: назначение пролонгированных препаратов теофиллина (теотард, теопэк 200-400 мг/сутки), кромонов (ингаляции кромоглициевой кислоты 10 мг 4 раза в сутки или интал 5 мг/доза), блокаторов лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст 20 мг 2 раза в день). Бронходилататоры короткого действия (сальбутамол, фенотерол) по потребности не более 3-4 раз в сутки.

Степень III - Ингаляционный ГКС: беклометазон дипропионат (800-1600 мкг в 3-4 приема) флутиказона пропионат 120 доз (400-1000 мкг 3-4 раза в сутки), Будесонид 800-1600 мкг/сут или. или ИГКС в стандартной дозе в сочетании с агонистами β_2 –адренорецепторов длительного действия (сальметерол по 50 мкг 2 раза в день или формотерол по 12 мкг 2 раза в день), фиксированная комбинация фенотерола и ипратропия бромидов либо с пролонгированным препаратом теофиллина. Бронходилататоры короткого действия (сальбутамол, фенотерол) по потребности, но не более 3-4 раз в сутки. Альтернативное лечение: назначение пролонгированных препаратов теофиллина (200-700 мг/сутки), кромонов (ингаляции кромоглициевой кислоты 20 мг 4-8 раз в сутки или интал 5 мг/доза), блокаторов лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст 20 мг 2 раза в день).

Степень IV - Ингаляционный ГКС: беклометазон дипропионат 100 мкг - 10 доз (более 1000 мкг) в сутки флутиказона пропионат по 100-200 мкг 3-4 раза в сутки, будесонид более 800 мкг/сут, или эквивалент плюс ингаляционный β_2 -агонист длительного действия (сальметерол, формотерол), фиксированная комбинация фенотерола и ипратропия бромидов; плюс один или более из следующих препаратов, если это необходимо: теофиллин замедленного высвобождения, антилейкотриеновый препарат, пероральный β_2 -агонист длительного действия, пероральный ГКС.

При наличии гнойной мокроты, высоком лейкоцитозе, ускоренном СОЭ назначают курс антибактериальной терапии учетом антибиотикограмм (спирамицин 3000 000 ЕД х 2 раза, 5-7 дней, амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг х 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг х 2 раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 х 1 раз, 5 дней).

Больным с вязкой мокротой^А назначают муколитики (амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин).

Перечень основных медикаментов:

1. **Бекламетазон аэрозоль 200 доз
2. *Ипратропия бромид аэрозоль 100 доз
3. Кромоглициевая кислота аэрозоль дозированный 5 мг; капсула 20 мг
4. **Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; капсула 2 мг, 8 мг; раствор для небулайзера 20 мл
5. **Теофиллин таблетка 100 мг, 200 мг, 300 мг; капсула 100 мг; 200 мг; 300 мг; капсула ретард 350 мг
6. *Фенотерол аэрозоль 200 доз
7. *Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл
8. **Преднизолон, таблетка 5 мг; раствор для инъекций 30мг/1 мл
9. Буденосид 100 мг, аэрозоль
10. *Ипратропия бромид 21 мкг+фенотерола гидробромид 50 мкг

Перечень дополнительных медикаментов:

1. **Флутиказон аэрозоль 60 доз, 120 доз (или их комбинация: салметерол, флутиказона пропионат, 25/50 мкг; 25/250 мкг)
2. *Кларитромицин 500 мг, табл.
3. *Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.

4. *Аминофиллин раствор для инъекций 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл
5. **Салметерол аэрозоль для ингаляции 25 мкг/доза
6. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг
7. *Азитромицин 500 мг

Критерии перевода на следующий этап лечения: Неэффективность бронхолитической терапии, некупируемые приступы удушья в течение 6-8 часов, нарастание дыхательной недостаточности, «немое легкое».

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Вып.2. 4.1. Медиа Сфера. 2003 г.
2. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Гастрит, дуоденит

Код протокола: 06-701

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: индукция ремиссии, профилактика осложнений, восстановление трудоспособности.

Длительность лечения: 10 дней.

Коды МКБ:

K29 Гастрит и дуоденит

K29.3 Хронический гастрит

K29.5 Хронический гастрит антральный, фундальный

K29.8 Дуоденит

K29.9 Хронический гастродуоденит

Определение:

Гастрит - воспаление слизистой оболочки желудка, вызванное Нр-инфекцией или другими повреждающими факторами и проявляющееся клеточной инфильтрацией, нарушением регенерации, развитием атрофии железистого эпителия, кишечной метаплазии, а также расстройствами секреторной, моторной и инкреторной функций желудка.

Классификация

Обобщенная Сиднейская классификация гастрита (1990)

Тип: острый; хронический; особые формы (гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный, гипертрофический, реактивный).

Локализация: гастрит антрума; гастрит тела; гастрит антрума и тела (пангастрит).

Морфология: воспаление; активность; атрофия; кишечная метаплазия; *Helicobacter pylori* (Нр).

Этиология:

- Микробная: *Helicobacter pylori* и др.
- Немикробная: аутоиммунная, алкогольная, пострезекционная, нестероидные противовоспалительные препараты, химические агенты
- Неизвестные факторы, в том числе, микроорганизмы

Примечания:

1. Неспецифические и специфические морфологические признаки гастрита рассматриваются без оценки тяжести.

2. Степень тяжести: легкая, умеренная, тяжелая.

3. Воздействие других микроорганизмов редко лежит в основе гастрита.

I. По этиологии:

1. Экзогенный (вызванный алиментарными, механическими, химическими, термическими факторами, воздействием профессиональных вредностей, злоупотреблением алкоголем, курением, приемом лекарственных средств, инфекцией *Helicobacter pylori*)

2. Эндогенный (вызванный метаболическими и эндокринными нарушениями, тканевой гипоксией, портальной гипертензией, аллергическими реакциями)

II. По патогенезу:

1. Тип А (аутоиммунный)

2. Тип В (инфекционный, НР-ассоциированный)

3. Тип АВ

4. Тип С (токсико-химический): рефлюкс-гастрит, медикаментозный гастрит

III. По морфологии:

1. Поверхностный
 2. С поражением желез без атрофии
 3. Атрофический. Гастрит “перестройки”
 - 3.1. С кишечной метаплазией
 - 3.2. Атрофически-гиперпластический
 4. Гипертрофический
 5. Эрозивный
- IV. По локализации:
1. Распространенный (пангастрит)
 2. Ограниченный (антральный, пилородуоденит)
 3. Фундальный
- V. По функциональному состоянию желудка:
1. С нормальной или повышенной секреторной активностью
 2. С секреторной недостаточностью
- VI. По фазе заболевания: обострение, затихающее обострение, ремиссия
- VII. По степени тяжести:
1. Легкая (1-2 обострения в год, клинические проявления незначительны, секреторная функция не нарушена, поражения других органов и систем отсутствуют)
 2. Средняя 3-4 обострения в год, клинически проявления умеренно выражены, умеренные нарушения секреторной функции (чаще снижение), возможно снижение массы тела)
 3. Тяжелая (более 4 обострений в год, клинически проявления выражены, значительные нарушения секреторной и моторной функций, поражения других органов и систем, дефицит массы тела)
- VIII. Особые (специальные) формы гастрита:
1. Ригидный антральный
 2. Гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие)
 3. Полипозный
 4. Эрозивный, геморрагический
- IX. Осложнения:
1. Со стороны органов пищеварения
 2. Со стороны других органов и систем
- Хронический дуоденит - патологический процесс в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки, в основе которого лежат воспалительные, дистрофические и регенеративные изменения, приводящие к структурной перестройке железистого аппарата, метаплазии и атрофии.
- Классификация хронического дуоденита (Гребенев А.Л., 1981, 1994, Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., 1997)
- 1 По этиологии: первичный, вторичный
 2. По распространенности:
 - диффузный (тотальный)
 - локальный: проксимальный (бульбит)
 - дистальный, папиллит
 3. По морфологии: поверхностный, интерстициальный (без атрофии желез), атрофический, эрозивный
 4. По фазе заболевания: обострение, затухающее обострение, ремиссия
 5. Осложнения: перидуоденит, панкреатит, холецистит, холангит и др
- Факторы риска:** преобладают гастриты (гастродуодениты), ассоциированные с Нр-инфекцией. Атрофический гастрит, как правило аутоиммунный, нередко проявляется В-12 дефицитной анемией. Так же выявляются гастриты, ассоциированные с повреждающим

действием желчи и лекарственных средств, гранулематозные, эозинофильные и другие формы.

Провоцирующими факторами являются курение, алкоголь, неправильное питание, стрессы, профессиональные вредности, влияние химических агентов (в т.ч. некоторые лекарственные средства, желчь)

Критерии диагностики:

1. Клинические: синдром желудочной диспепсии (абдоминальная боль, тошнота, рвота, гиперацидизм) различной степени выраженности.
2. Эндоскопические: наличие отека, гиперемии, кровоизлияний, эрозий, контактная ранимость и кровоточивость слизистой оболочки желудка, атрофия и гиперплазия складок в зависимости от степени активности, этиологического фактора.
3. Гистологические: в соответствии с Сиднейской классификацией. Обязательна диагностика H. Pylori в биопсийном материале.
4. Лабораторные: В12-дефицитная анемия (при аутоиммунном гастрите), положительная реакция на скрытую кровь в кале, анемия в результате кровотечения (возможно при эрозивных поражениях)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови.
2. Определение сывороточного железа в крови.
3. Анализ кала на скрытую кровь.
4. Общий анализ мочи.
5. ЭФГДС с прицельной биопсией (по показаниям).
6. Гистологическое исследование биоптата.
7. Цитологическое исследование биоптата.
8. Тест на H.p.
9. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием (по показаниям).

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.
2. Определение билирубина крови.
3. Определение холестерина.
4. Определение АЛТ, АСТ.
5. Определение глюкозы крови.
6. Определение амилазы крови.

Тактика лечения:

Лечение в зависимости от формы гастрита предусматривает проведение эрадикационной, противовоспалительной, прокинетической либо заместительной терапии на фоне диетического режима.

1. При гастритах с выраженной степенью активности процесса, ассоциированной с H.p.-инфекцией лекарственная терапия заключается в эрадикации.

Эрадикационная терапия H. Pylori:

Терапия первой линии.

Ингибитор протонного насоса (омепразол* 20 мг, рабепразол* 20 мг, эзомепразол 20 мг) или ранитидин-висмут-цитрат* в стандартной дозировке + кларитромицин* 500 мг + амоксициллин* 1000 мг или метронидазол* 500 мг; все ЛС принимают 2 раза в день в течение 7 дней.

Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом^В, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии. Кларитромицин по 500 мг 2 раза в день оказался эффективнее приёма ЛС в дозе 250 мг 2 раза в день. Показано, что эффективность ранитидин-висмут-цитрата и ингибиторов протонного насоса одинакова.

Применение терапии второй линии рекомендуют в случае неэффективности препаратов первой линии. Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в день +

висмута субсалицилат 120 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + тетрациклин 500 мг 4 раза в день.

2. При аутоиммунном атрофическом гастрите с ахлоргидрией и В12- дефицитной анемией: внутрь-натуральный желудочный сок или панзинорм* п 1-2 тб х 3раза в день. В/м цианокобаламин* 1000 мкг в течение 6 дней.

3. При рефлюкс-гастрите- алюминийсодержащие буферные антациды*. В течение 2-3 недель. Внутрь домперидон* 10мг или метоклопрамид* 10мг или мезапид 5мг за 15 мин. до еды 3-4 раза в день

4. При повышенной секреторной активности желудка показано назначение антисекреторных препаратов.

-Ингибиторы протонной помпы: омепразол* 20мгх2раза в день до еды, лансопразол 30мгх2раза, рабепразол* 20мгх1-2 раза в день, эзомепразол 20мгх2раза в день.

-Блокаторы Н-2 рецепторов гистамина: фамотидин* 20мг х2раза в день, ранитидин*150мг х2раза в день.

-При необходимости - антациды, цитопротекторы.

Больные активным гастритом (гастродуоденитом) - Нр ассоциированным, с аутоиммунным гастритом подлежат диспансерному наблюдению.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин 1000мг, табл
2. *Кларитромицин 500мг, табл
3. *Тетрациклин 500т.ед., амп
4. *Метронидазол 500мг, табл
5. *Фамотидин 20мг, табл
6. *Омепразол 20мг, табл
7. *Висмута трикалия дицитрат 120 мг, табл
8. *Метоклопрамид 10 мг, табл
9. *Цианокобаламин раствор для инъекций в ампуле 1 мл (500 мкг)

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Комбинированные препараты, содержащие гидроокись алюминия, гидроокись магния 15мл, суспензия для приема внутрь
2. *Дротаверин 40 мг, 80 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап лечения: Наличие осложненных и тяжелых форм, требующих неотложной консервативной терапии или хирургического вмешательства (кровотечение, распространенный полипоз, эрозивный пангастрит и др.) требует направления на стационарное лечение.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

- 1 Клинические рекомендации основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М.Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1248 с.:ил.
2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. – М – Медиа Сфера, 2003.
3. Gastritis. Philadelphia: Intracorp, 2005.
4. Рекомендации по лечению и диспансеризации больных с основными заболеваниями органов пищеварения., Москва, 2001г. Под редакцией П.Я. Григорьева, Э.П.Яковенко.

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

Артериальная гипертония

Код протокола: 05-052a

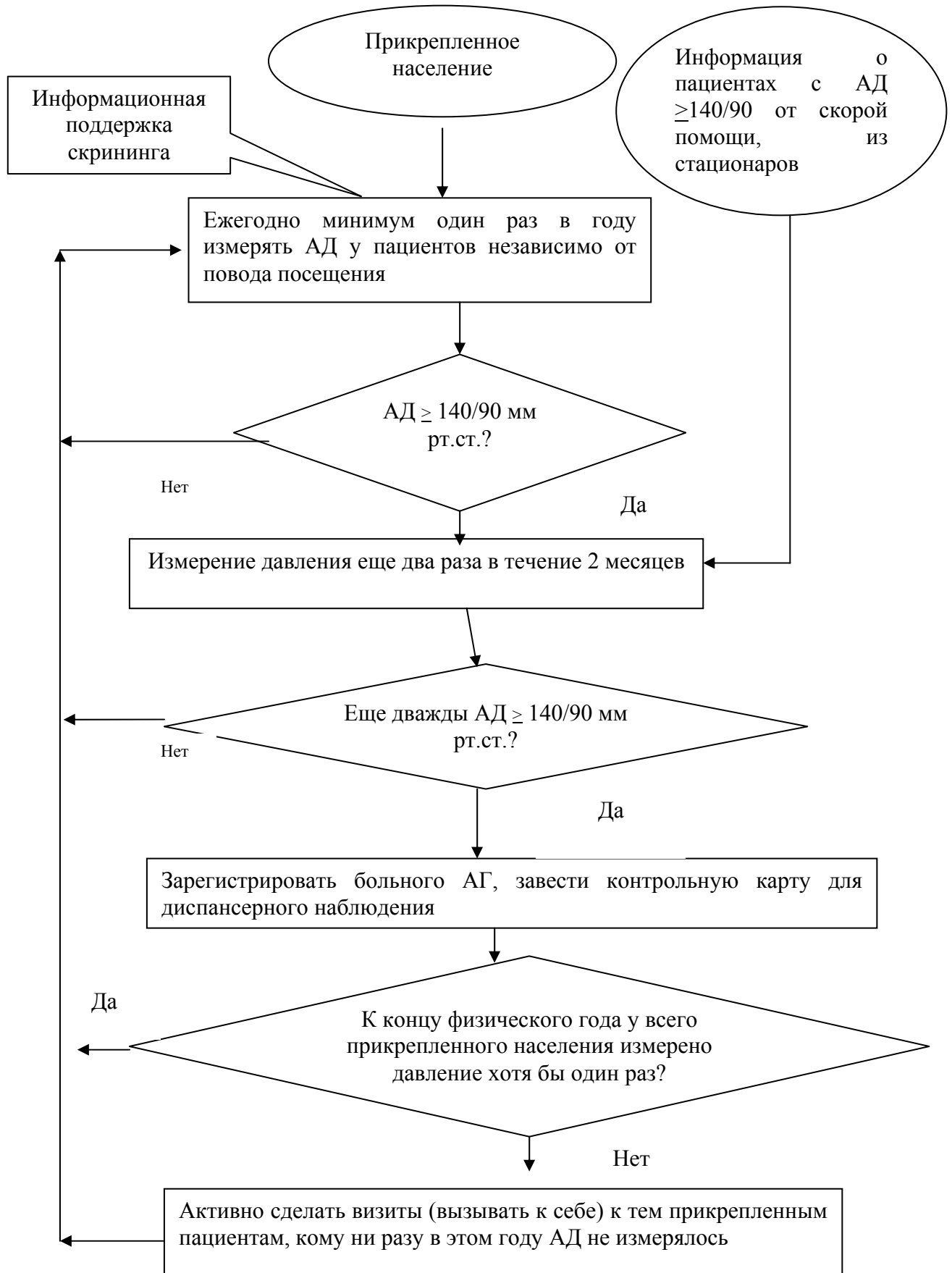
Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа:

1. целью лечения является снижение АД до целевого уровня (у пациентов молодого и среднего возраста ниже $< 130 / 85$, у пожилых пациентов $< 140 / 90$, у больных сахарным диабетом $< 130 / 85$). Даже незначительное снижение АД при терапии необходимо, если невозможно достигнуть «целевых» значений АД. Терапия при АГ должна быть направлена на снижение как систолического, так и диастолического артериального давления.
2. предотвращение возникновения структурно-функциональных изменений в органах-мишенях или их обратное развитие
3. предотвращение развития нарушений мозгового кровообращения, внезапной сердечной смерти, сердечной и почечной недостаточности и в результате улучшение отдаленного прогноза, т.е. выживаемости больных.

Алгоритм скрининга АГ



Длительность лечения: постоянно

Коды МКБ: I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия

Определение:

Артериальная гипертензия - стабильное повышение систолического АД 140 мм.рт.ст. и более и/или диастолического АД 90 мм.рт.ст и более (в результате как минимум трех измерений, произведенных в различное время на фоне спокойной обстановки. Больной при этом не должен принимать лекарственные средства как повышающие, так и понижающие АД) (1).

Классификация: ВОЗ/МОАГ 1999 г.

Категории нормального АД:

- Оптимальное АД < 120 / 80 мм.рт.ст.
- Нормальное АД <130 / 85 мм.рт.ст.
- Высокое нормальное АД или предгипертензия 130 - 139 / 85-89 мм.рт.ст.

Степени АГ:

- Степень 1 140-159 / 90-99
- Степень 2 160-179/100-109
- Степень 3 $\geq 180 / \geq 110$
- Изолированная систолическая гипертензия $\geq 140 / < 90$

Критерии стратификации АГ

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	Поражение органов мишеней	Сопутствующие (ассоциированные) клинические состояния
1. Используемые для стратификации риска - Величина САД и ДАД (степень 1-3) - Возраст - мужчины >55 лет - женщины > 65лет - Курение - Уровень общего холестерина крови > 6,5 ммоль/л - Сахарный диабет - Семейные случаи раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний 2. Другие факторы, неблагоприятно влияющие на прогноз* - Сниженный уровень холестерина ЛПВП - Повышенный уровень холестерина ЛПНП - Микроальбуминурия (30-300 мг/сут) при сахарном диабете - Нарушение	- Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография) - Протеинурия и/или небольшое повышение креатинина плазмы (106 – 177 мкмоль/л) - Ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклеротического поражения сонных, повздошных и бедренных артерий, аорты - Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки	Церебро-васкулярные заболевания - Ишемический инсульт - Геморрагический инсульт - Транзиторная ишемическая атака. Заболевания сердца: - Инфаркт миокарда - Стенокардия - Роеваскуляризация коронарных сосудов; - Застойная сердечная недостаточность. Заболевания почек - Диабетическая нефропатия - Почечная недостаточность (креатинин > 177 мкмоль/л). Сосудистые заболевания: - Расслаивающая аневризма - Поражение периферических артерий с клиническими

толерантности к глюкозе - Ожирение - Сидячий образ жизни - Повышенный уровень фибриногена в крови - Социально-экономические группы с высоким риском - Географический регион высокого риска		проявлениями. Выраженная гипертоническая ретинопатия - Геморрагии или экссудаты; - Отек соска зрительного нерва.

** Дополнительные и «новые» факторы риска (не учитываются при стратификации риска)*

Степени риска АГ:

- **Группа низкого риска (риск 1).** Эта группа включает мужчин и женщин в возрасте моложе 55 лет с АГ 1 степени при отсутствии других факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет менее 15%.
- **Группа среднего риска (риск 2).** В эту группу входят пациенты с АГ 1 или 2 степени. Основным признаком принадлежности к этой группе является наличие 1-2 других факторов риска при отсутствии поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет 15-20%.
- **Группа высокого риска (риск 3).** К этой группе относятся пациенты с АГ 1 или 2 степени, имеющие 3 или более других факторов риска или поражение органов-мишеней. В эту же группу входят больные с АГ 3 степени без других факторов риска, без поражения органов-мишеней, без ассоциированных заболеваний и сахарного диабета. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в этой группе в ближайшие 10 лет колеблется от 20 до 30%.
- **Группа очень высокого риска (риск 4).** К этой группе относятся пациенты с любой степенью АГ, имеющие ассоциированные заболевания, а также пациенты с АГ 3 степени, с наличием других факторов риска и/или поражением органов-мишеней и/или сахарным диабетом даже при отсутствии ассоциированных заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет превышает 30%.

Стратификация риска для оценки прогноза больных АГ

Другие факторы риска* (кроме АГ), поражения органов-мишеней, ассоциированные заболевания	Артериальное давление, мм.рт.ст.		
	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД >180 ДАД >110
I. Нет факторов риска, поражения органов-мишеней, ассоциированных заболеваний	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
II. 1-2 фактора риска.	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
III. 3 фактора риска и	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий

более и/или поражение органов-мишеней			риск
IV. Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния и/или сахарный диабет	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Показания для госпитализации:

- осложненный гипертонический криз;
- учащение неосложненных гипертонических кризов на фоне активного лечения для уточнения причин кризов и подбора медикаментозного лечения;
- нарушения мозгового кровообращения (инсульт, транзиторная ишемическая атака) на фоне артериальной гипертензии;
- отсутствие снижения АД на фоне комбинированной многокомпонентной терапии;
- АД выше 150/100 мм.рт.ст. у беременных;
- Необходимость оценки трудоспособности больного и исключения симптоматической гипертензии.

Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:

1. Измерение АД;
2. Электрокардиограмма;
3. Общий анализ крови,
4. Общий анализ мочи;
5. Консультация кардиолога;
6. Флюорография грудной клетки;
7. Кал на яйца глист.

Критерии диагностики:

1. подтверждение наличия АГ и установление ее стабильности (повышении АД выше 140/90 мм.рт.ст. у больных не получающих регулярную гипотензивную терапию в результате как минимум трех измерений в различной обстановке)
2. исключение вторичной артериальной гипертензии
3. стратификация риска АГ (определение степени повышения АД, выявление устранимых и неустраняемых факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных состояний)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. оценка данных анамнеза (семейный характер АГ, болезней почек, раннего развития у ближайших родственников ИБС, указание на перенесенный инсульт, инфаркт миокарда, наследственная предрасположенность к сахарному диабету, нарушениям липидного обмена)
2. оценка образа жизни (питание, употребление поваренной соли, физическая активность), характер работы, семейного положения, обстановки в семье, психологических особенностей пациента
3. осмотр (рост, масса тела, индекс массы тела, тип и степень ожирения при его наличии, выявление признаков симптоматических гипертензий – эндокринных стигм)
4. измерение АД неоднократно в различных условиях
5. ЭКГ в 12 отведениях
6. исследование глазного дна
7. Лабораторное обследование: гемоглобин, эритроциты, глюкоза крови натощак, общий холестерин, холестерин ЛПВП, триглицериды натощак, мочевая кислота, креатинин, калий, натрий, общий анализ мочи.
8. В связи с высокой распространенностью в популяции АГ следует проводить скрининг заболевания в рамках рутинного обследования по поводу других состояний
9. Особенно скрининг АГ показан у лиц с факторами риска: отягощенный семейный анамнез по АГ, гиперлипидемия, сахарный диабет, курение, ожирение.

10. У лиц без клинических проявлений АГ необходимо ежегодное измерение АД. Дальнейшая частота измерения АД определяется исходными показателями.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

В качестве дополнительных инструментальных и лабораторных тестов при необходимости - эхокардиография, УЗИ сонных и бедренных артерий, УЗИ почек, доплер-УЗИ почечных сосудов, УЗИ надпочечников, радиоизотопная ренография, С-реактивный белок в крови количественным методом, микроальбуминурия тест-полосками (обязательно при сахарном диабете), количественная протеинурия, анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому, проба Реберга.

Тактика лечения:

А. Изменение образа жизни пациента (немедикаментозная терапия)

1. немедикаментозное лечение должно быть рекомендовано всем пациентам с АГ, включая тех, кто нуждается в лекарственной терапии
2. немедикаментозная терапия снижает потребность в медикаментозной терапии и повышает эффективность гипотензивных препаратов
3. рекомендуем мероприятия по изменению образа жизни всем пациентам с АГ, а также с АД на уровне «повышенного в пределах нормы» (130-139/85-89 мм.рт.ст.);
 - рекомендуем курящим пациентам бросить курить;
 - пациентам, употребляющим алкоголь, рекомендовано ограничить его прием до уровня не более 20-30 г этанола/сут для мужчин и 10-20 г этанола/сут для женщин;
 - пациентам с избыточной массой тела ($ИМТ \geq 25,0 \text{ кг/м}^2$) необходимо рекомендовать снижение веса;
 - необходимо повышать физическую активность при помощи регулярных упражнений;
 - употребление поваренной соли необходимо снизить до уровня менее 5-6 г в сутки или натрия до уровня менее 2,4 г в сутки.
 - употребление фруктов и овощей необходимо увеличить, а продуктов, содержащих насыщенные жирные кислоты, необходимо уменьшить;
 - не рекомендуем употребление препаратов кальция, магния или калия в таблетках как средство для снижения АД

Б. Медикаментозная терапия:

1. немедленно используйте медикаментозную терапию применительно к пациентам с «высоким» и «очень высоким» риском развития сердечно-сосудистых осложнений;
2. при назначении медикаментозной терапии учитывайте показания и противопоказания к их использованию, а также стоимость лекарственных препаратов;
3. рекомендовано использование препаратов с длительной (24 часовой) продолжительностью действия для обеспечения одно- или двухразового приема;
4. начинайте терапию с использованием минимальных доз препаратов во избежании побочных эффектов

Основные гипотензивные средства:

Из шести групп гипотензивных препаратов, используемых в настоящее время, наиболее доказана эффективность тиазидовых диуретиков и бета-адреноблокаторов. Медикаментозную терапию необходимо начинать с низких доз тиазидовых диуретиков, а при отсутствии эффективности или плохой переносимости, с бета-адреноблокаторов.

Диуретики:

— Тиазидовые диуретики рекомендованы в качестве препаратов первого ряда для лечения гипертонии

– во избежании побочных эффектов необходимо назначать низкие дозы тиазидовых диуретиков

– Оптимальной дозой тиазидных и тиазидоподобных диуретиков является минимальная эффективная, соответствующая 12,5-25 мг гидрохлорида. Диуретики в очень низких дозах (6,25 мг гидрохлорида или 0,625 мг индапамида) повышают эффективность других гипотензивных средств без нежелательных метаболических изменений.

Гидрохлорбиазид внутрь в дозе 12,5 -25 мг утром длительно.

Индапамид внутрь 2.5 мг (продолгированная форма 1.5 мг) однократно утром длительно.

Показания к назначению диуретиков

- Сердечная недостаточность
- АГ в пожилом возрасте
- Систолическая АГ
- АГ у лиц негроидной расы
- Сахарный диабет
- Высокий коронарный риск
- Вторичная профилактика инсультов

Противопоказания к назначению диуретиков

- Подагра

Возможные противопоказания к назначению диуретиков

- Беременность

Рациональные комбинации

– Диуретик + бета-адреноблокатор (гидрохлортиазид 12,5-25 мг или индапамид 1,5; 2.5 мг + метопролол 25-100 мг)

– Диуретик + ИАПФ (гидрохлортиазид 12,5-25 мг или индапамид 1,5; 2.5 мг + эналаприл 5-20 мг или лизиноприл 5-20 мг или периндоприл 4-8 мг. Возможно назначение фиксированных комбинированных препаратов – эналаприл 10 мг+гидрохлортиазид 12.5 и 25 мг, а также низкодозового фиксированного комбинированного препарата – периндоприл 2 мг+индапамид 0,625 мг)

Диуретик + блокатор АТ1-рецепторов (гидрохлортиазид 12,5-25 мг или индапамид 1,5; 2.5 мг + эпросартан 600 мг). Эпросартан назначается в дозе 300-600 мг/сут в зависимости от уровня АД.

Бета-адреноблокаторы

Показания к назначению бета-адреноблокаторов

– бета-адреноблокаторы могут быть использованы в качестве альтернативы тиазидовым диуретикам или в составе комбинированной терапии при лечении пожилых пациентов

- АГ в сочетании со стенокардией напряжения, перенесенным инфарктом миокарда
- АГ + СН (метопролол)
- АГ + СД 2 типа
- АГ + высокий коронарный риск
- АГ + тахикардия

Метопролол внутрь, начальная доза 50-100 мг/сут, обычная поддерживающая доза 100-200 мг/сут за 1-2 приема.

Атенолол в настоящее время не рекомендуется назначать пациентам с АГ для длительной гипотензивной терапии вследствие отсутствия влияния препарата на конечные точки (частоту сердечно-сосудистых осложнений и смертность).

Противопоказания к назначению бета-адреноблокаторов

- ХОБЛ
- Бронхиальная астма
- Облитерирующие болезни сосудов
- АВ-блокады II-III степени

Возможные противопоказания к назначению бета-адреноблокаторов

- Спортсмены и физически активные пациенты
- Заболевания периферических сосудов
- Нарушенная толерантность к глюкозе

Рациональные комбинации

- БАБ + диуретик (метопролол 50-100 мг + гидрохлортиазид 12,5-25 мг или индапамид 1,5; 2,5 мг)
- БАБ + АК дигидропиридинового ряда (метопролол 50-100 мг + амлодипин 5-10 мг)
- БАБ + ИАПФ (метопролол 50-100 мг + эналаприл 5-20 мг или лизиноприл 5-20 мг или периндоприл 4-8 мг).
- БАБ + блокатор АТ1-рецепторов (метопролол 50-100 мг + эпросартан 600 мг).
- БАБ + альфа-адреноблокатор (метопролол 50-100 мг + доксазозин 1 мг при АГ на фоне аденомы предстательной железы).

Блокаторы кальциевых каналов (антагонисты кальция)

- длительнодействующие антагонисты кальция группы производных дигидропиридина могут быть использованы в качестве альтернативы тиазидовым диуретикам или в составе комбинированной терапии
- необходимо избегать назначения коротковременно действующих антагонистов кальция группы производных дигидропиридина для длительного контроля АД

Показания к назначению антагонистов кальция

- АГ в сочетании со стенокардией напряжения
- Систолическая АГ (длительно действующие дигидропиридины)
- АГ у пациентов пожилого возраста
- АГ + периферическая васкулопатия
- АГ + каротидный атеросклероз
- АГ + беременность
- АГ + СД
- АГ + высокий коронарный риск

Антагонист кальция дигидропиридинового ряда амлодипин внутрь в дозе 5-10 мг однократно/сутки.

Антагонист кальция из группы фенилалкиламинов верапамил внутрь 240-480 мг в 2-3 приема, пролонгированные лекарственные средства 240-480 мг в 1-2 приема.

Противопоказания к назначению антагонистов кальция

- АВ-блокады II-III степени (верапамил и дилтиазем)
- СН (верапамил и дилтиазем)

Возможные противопоказания к назначению антагонистов кальция

- Тахикардии (дигидропиридины)

Ингибиторы АПФ

Показания к назначению ингибиторов АПФ

- АГ в сочетании с СН
- АГ + сократительная дисфункция ЛЖ
- Перенесенный ИМ
- СД
- АГ + Диабетическая нефропатия
- АГ + недиабетическая нефропатия
- Вторичная профилактика инсультов
- АГ + Высокий коронарный риск

Эналаприл внутрь, при монотерапии начальная доза 5 мг 1 раз в сутки, в сочетании с диуретиками, у пожилых или при нарушении функции почек – 2,5 мг 1 раз в сутки, обычная поддерживающая доза 10-20 мг, высшая суточная доза 40 мг.

Лизиноприл внутрь, при монотерапии начальная доза 5 мг 1 раз в сутки, обычная

поддерживающая доза 10-20 мг, высшая суточная доза 40 мг.

Периндоприл при монотерапии начальная доза 2-4 мг 1 раз в сутки, обычная поддерживающая доза 4-8 мг, высшая суточная доза 8 мг.

Противопоказания к назначению ингибиторов АПФ

- Беременность
- Гиперкалиемия
- Двусторонний стеноз почечных артерий

Антагонисты рецепторов ангиотензина II (Предлагается включить в список жизненно важных препаратов лекарственное средство из группы блокаторов AT1-рецепторов эпросартан как средство выбора при непереносимости пациентами ИАПФ и при сочетании АГ с диабетической нефропатией). Эпросартан назначается в дозе 300-600 мг/сут в зависимости от уровня АД.

Показания к назначению антагонисты рецепторов ангиотензина II

- АГ+ непереносимость ИАПФ (кашель)
- Диабетическая нефропатия
- АГ + СД
- АГ + СН
- АГ + недиабетическая нефропатия
- Гипертрофия ЛЖ

Противопоказания к назначению антагонисты рецепторов ангиотензина II

- Беременность
- Гиперкалиемия
- Двусторонний стеноз почечных артерий

Агонисты имидазолиновых рецепторов

Показания к назначению агонистов имидазолиновых рецепторов

- АГ+ метаболический синдром
- АГ + СД

(Предлагается включить в список жизненно важных препаратов лекарственное средство данной группы моксонидин 0,2-0,4 мг/сут)

Возможные противопоказания к назначению агонистов имидазолиновых рецепторов

- АВ-блокады II-III степени
- АГ + тяжелая СН

Антитромбоцитарная терапия

– Для первичной профилактики серьезных сердечно-сосудистых осложнений (ИМ, инсульт, сосудистая смерть) ацетилсалициловая кислота показана больным в дозе 75 мг/сут с риском их возникновения $\geq 3\%$ в год или $>10\%$ за 10 лет^B. В частности, кандидатами являются пациенты старше 50 лет с контролируемой АГ в сочетании с поражением органов-мишеней и /или СД и/либо другими факторами риска неблагоприятного исхода при отсутствии склонности к кровотечению.

Гиполипидемические средства (аторвастатин, симвастатин).

– Их применение показано у людей с высокой вероятностью возникновения ИМ, смерти от ишемической болезни сердца или атеросклероза другой локализации, обусловленной наличием множественных факторов риска (включая курение, АГ, наличие ранней ИБС в семье) когда диета с малым содержанием жиров животного происхождения оказалась неэффективной (ловастатин, правастатин).

– АГ + ИБС, атеросклерозом другой локализации, СД с уровнем общего холестерина в крови $\geq 4,5$ ммоль/л или ХС ЛПНП $\geq 2,5$ ммоль/л.

Монотерапия и комбинированная медикаментозная терапия

- используйте комбинированную терапию, если при использовании монотерапии не удается достичь «целевых» значений АД
- комбинируйте тиазидовые диуретики с ингибиторами АПФ, а при необходимости

добавляйте к ним антагонисты кальция. Комбинируйте бета-блокаторы с антагонистами кальция (дигидропиридины), а при необходимости добавляйте к ним ингибиторы АПФ. При непереносимости ингибиторов АПФ заменяйте их антагонистами рецепторов ангиотензина II

Перечень основных медикаментов:

1. *Гидрохлортиазид табл, 12,5-25 мг
2. **Индапамид табл, 2,5 мг
3. *Метопролол табл, 50-200мг\сутки
4. **Эналаприл табл, 2,5 мг, 10 мг; раствор в ампуле 1,25 мг/1 мл
5. *Лизиноприл табл, 5-40 мг
6. *Периндоприл 2-8 мг
7. Эпросартан табл, 300-600 мг\сутки
8. **Амлодипин табл, 5 мг, 10 мг
9. *Верапамил табл, 240-480 мг
10. *Доксазозин табл, 1-16 мг
11. Моксонидин табл, 0,2-0,4 мг\сутки

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Ацетилсалициловая кислота табл, 75 мг\сутки
2. Аторвастатин табл, 10-80 мг
3. Симвастатин табл, 5-80 мг
4. *Ловастатин табл, 10-40 мг

Критерии перевода на следующий этап лечения (критерии эффективности лечения):

- стабилизация АД
- улучшение самочувствия
- улучшение клинических показателей
- снижение в амбулаторных условиях временной нетрудоспособности, перевод в гр. Д II диспансерного наблюдения
- в группе: снижение первичного выхода на инвалидность, числа новых случаев мозговых инсультов миокарда и внезапной коронарной смерти, увеличение числа лиц с контролируемым АД (140/90 мм.рт.ст. и ниже).

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Essential hypertension. Guidelines for clinical care. University of Michigan Health system. 2002
2. VHA/DOD Clinical practice guideline for diagnosis and management of hypertension in the primary care setting. 1999.
3. Prodigy guidance. Hypertension. 2003.
4. Management of hypertension in adults in primary care. National institute for clinical excellence. 2004
5. Guidelines and protocols. Detection and diagnosis of hypertension. British Columbia medical association. 2003
6. Michigan quality improvement consortium. Medical management of adults with essential hypertension. 2003
7. Артериальная гипертензия. Седьмой доклад Объединенной комиссии по выявлению и лечению артериальной гипертензии при поддержке национального института патологии сердца, легких и крови. 2003.
8. Европейское общество по артериальной гипертензии Европейское общество кардиологов 2003. рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. J.hypertension 2003;21:1011-53
9. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко.М.2004.
10. The 2003 Canadian Recommendations for the management of hypertension diagnosis.
11. The Seventh Report of the Joint national Committee on prevention, Detection, Evaluation

and treatment of high blood pressure. 2003.

12. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, том 7.

13. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия 2000: ключевые аспекты диагностики и диф. Диагностики, профилактики. Клиники и лечения.

14. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 6. Москва, 2005.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Гипотиреоз

Код протокола: 10-106а

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: установление диагноза, подбор адекватной заместительной терапии тиреоидными препаратами, контроль компенсации гипотиреоза, обучение пациента самоконтролю, профилактика, выявление и лечение осложнений.

Длительность лечения: пожизненная

Коды МКБ:

E01 Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью и сходные состояния

E02 Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности

E03.9 Гипотиреоз неуточненный

E04 Другие формы нетоксического зоба

E00 Синдром врожденной йодной недостаточности

Определение: Гипотиреоз – клинический синдром, обусловленный стойким дефицитом в организме гормонов щитовидной железы

Классификация:

По уровню поражения в системе гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа:

первичный

вторичный

третичный

периферический (тканевой, транспортный)

По степени тяжести:

субклинический (диагноз устанавливается на основании результатов определения тиреоидных гормонов и ТТГ)

манифестный (компенсированный, декомпенсированный)

осложненный (полисерозит, сердечная недостаточность, вторичная аденома гипофиза, кретинизм, микседематозная кома).

Подавляющее большинство случаев гипотиреоза (90% и более) обусловлено непосредственным поражением щитовидной железы, то есть представлено первичным гипотиреозом. При этом происходит:

- разрушение или недостаток функционально-активной ткани щитовидной железы:

а) хронический аутоиммунный тиреоидит;

б) оперативное удаление щитовидной железы;

в) терапия радиоактивным I 131;

г) переходящий гипотиреоз при подостром, послеродовом и безболевым тиреоидитах;

г) инфильтративные или инфекционные заболевания;

д) агенезия или дисгенезия щитовидной железы;

е) злокачественные новообразования щитовидной железы.

- нарушение синтеза тиреоидных гормонов:

а) врожденные дефекты биосинтеза тиреоидных гормонов

б) тяжелый дефицит или избыток йода

в) медикаментозные и токсические воздействия (применение тиреостатиков, лития перхлората и др.).

Вторичный и третичный гипотиреоз называют также центральными формами гипотиреоза, возникают вследствие:

- разрушение или недостаток клеток, продуцирующих ТТГ и/или ТРГ

- нарушение синтеза ТТГ и/или ТРГ

Центральные формы гипотиреоза связаны с поражением гипоталамических структур мозга и/или гипофиза и снижением выработки ТТГ и/или ТРГ. Причинами могут быть:

а) гипопитуитаризм

- б) изолированный дефицит ТТГ
- в) пороки развития гипоталамуса
- г) инфекции ЦНС (энцефалит)
- д) опухоли головного мозга
- е) саркоидоз

Причины периферического гипотиреоза:

- а) генерализованная резистентность к тиреоидным гормонам
- б) частичная периферическая резистентность к тиреоидным гормонам
- в) инактивация циркулирующих тиреоидных гормонов или ТТГ.

Факторы риска:

Хронический аутоиммунный тиреоидит

Оперативное удаление щитовидной железы

Терапия радиоактивным I 131

Гипопитуитаризм

Отсутствие профилактики дефицита йода в эндемичных регионах

Радиационное поражение

Критерии диагностики:

Диагноз гипотиреоза устанавливается на основании характерной клинической симптоматики и результатов гормонального обследования. Кроме того, необходимо обследование для установления этиологии гипотиреоза, выявления осложнений.

Ведущими клиническими симптомами манифестного гипотиреоза являются: сухость кожи, запоры, брадикардия, сонливость, нарушение памяти, замедление речи, снижение слуха, увеличение массы тела, генерализованные плотные отеки, зябкость, снижение температуры тела.

Симптоматика при центральном гипотиреозе более скудная, чем при первичном, выявляются симптомы поражения ЦНС.

При субклиническом гипотиреозе больной чувствует себя удовлетворительно, возможно наличие незначительно выраженных проявлений гипотиреоза, уменьшающихся при назначении препаратов левотироксина. Диагноз устанавливается на основании данных анализа крови на гормоны.

Необходимо обязательное подтверждение диагноза результатами гормонального обследования:

- при первичном гипотиреозе уровни Т3 и Т4 в крови снижены, ТТГ повышен (нормальный ТТГ от 0,5 до 4,0 МЕ/мл, средние значения от 2,0 до 3,0 МЕ/мл)
- при вторичном и третичном гипотиреозе уровни Т3, Т4 и ТТГ в крови снижены.

Для установления этиологии первичного гипотиреоза проводятся: УЗИ щитовидной железы, по показаниям – пункционная биопсия щитовидной железы, скintiграфия щитовидной железы, определение титра антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе.

Для установления этиологии вторичного гипотиреоза проводятся: консультация невропатолога, КТ или МРТ головного мозга, осмотр глазного дна и т.д. обследование ЦНС по назначению невропатолога.

Для выявления осложнений (полисерозит, сердечная недостаточность, вторичная аденома гипофиза, кретинизм, микседематозная кома) проводят соответствующее обследование (ЭКГ, ЭхоКГ, Р-графия органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, консультация невропатолога и т.д.).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров) – при установлении диагноза, при нормальных показателях – 2 раза в год, при гипотиреоидной анемии – 1 раз в 1-3 месяца (по показаниям в зависимости от тяжести анемии).
2. Определение уровня ТТГ в крови – в период подбора дозы 1 раз в 4-8 недель, в период поддерживающей терапии 1 раз в 6 месяцев, по показаниям чаще (пожизненно).
3. Определение уровня свободных фракций Т3 и Т4 в крови – для диагностики

4. Определение уровня общего холестерина и триглицеридов в крови – при установлении диагноза, при повышенном уровне 1 раз в 3 месяца, при нормальном – 2 раза в год.
5. ЭКГ – при установлении диагноза, у больных с патологией сердца – в период подбора дозы 1 раз в 2-4 недели (по показаниям в зависимости от тяжести поражения сердца), в период поддерживающей терапии 1 раз в 6 месяцев, при появлении сердечной недостаточности по показаниям – чаще.
6. Консультация эндокринолога

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ щитовидной железы
2. Пункционная биопсия щитовидной железы
3. Определение титра антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе
4. КТ или МРТ головного мозга (при центральном гипотиреозе)
5. Консультация невропатолога, по показаниям – нейрохирурга
6. Консультация кардиолога
7. Консультация гематолога при анемии

Тактика лечения:

Проводится постоянная терапия препаратами левотироксина. Начальная и поддерживающая дозы определяются индивидуально с учетом возраста, массы тела, состояния сердечно-сосудистой системы.

Начальная доза препарата левотироксина обычно составляет 50 мкг в сутки, далее доза увеличивается на 12,5 – 25 мкг каждые 1-2 недели под контролем пульса, ТТГ, по показаниям - ЭКГ. Средняя поддерживающая доза для взрослых 1,6 мкг/кг, доза меньше у пожилых и больных с патологией сердца. У пожилых больных и пациентов с патологией сердца начинать лечение следует с дозы 12,5 мкг в сутки, увеличивая ее медленно (каждые 1-3 месяца) под контролем ЭКГ и уровня ТТГ в крови на 12,5-25 мкг. У беременных с гипотиреозом потребность в препарате возрастает. Препараты левотироксина принимают 1 раз в день, утром за 30 минут до завтрака.

Контроль адекватности терапии осуществляют клинически и обязательно по уровню ТТГ в крови, который должен быть от 0,5 до 2,0 МЕ/мл, у пожилых от 2,0 до 4,0 МЕ/мл.

Перечень основных медикаментов:

1. *Левотироксин 25 мкг, 50 мкг, 75 мкг, 100 мкг, 125 мкг, 150 мкг, таблетки.

Перечень дополнительных медикаментов:

2. При сердечной недостаточности – см. Протокол «Сердечная недостаточность»
3. При центральном гипотиреозе – лечение, назначенное невропатологом (нейрохирургом)
4. При гипотиреоидной анемии – лечение, назначенное гематологом
5. Гиполипидемические препараты

Критерии перевода на следующий этап:

1. Состояние декомпенсации, при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения
2. Наличие и прогрессирование осложнений гипотиреоза

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2-е издание, 2002 г.
2. Русский медицинский журнал Том 13, №6 (230) 2005 г.
3. Clinical Evidence Endocrine and Metabolic Disorders Primary hypothyroidism Treating overt hypothyroidism Levothyroxine www.clinicalevidence.com
4. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. www.guideline.gov
5. Серия “Зарубежные практические руководства по медицине” №8 Эндокринология. Под ред. Н.Левина. Пер с англ. – М., Практика, 1999 г. – 1128 с., илл.

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

Дерматомикозы

Код протокола: 09-102ф

Профиль: терапевтический, специальность - дерматовенеролог

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: регресс кожного процесса; отрицательные результаты микроскопического и микробиологического исследований

Длительность лечения:

4 недели (микоз гладкой кожи, микоз стоп и кистей без поражения ногтевых пластин);

12 недель (микроспория волосистой части головы, онихомикоз).

Коды МКБ:

B35 Дерматофития

B36 Другие поверхностные микозы

Определение: Дерматомикозы - это инфекционные поражения кожи и ее придатков, вызываемые патогенными грибами.

Классификация: (по Ариевичу, переработанная Н.Д. Шеклаковым)

I. Кератомикозы: разноцветный лишай; трихоспория узловатая (пьедрa), эритразма, подмышечный трихомикоз.

II. Дерматомикозы: эпидермомикоз, рубромикоз, трихофития, микроспория; фавус.

III. Кандидозы кожи, слизистых оболочек и внутренних органов.

IV. Глубокие микозы с системным поражением кожи и внутренних органов (бластомикоз, споротрихоз, хромомикоз) и условно- актиномикоз.

Факторы риска: нарушение целостности кожного покрова (микротравмы); повышенная влажность (потливость) кожи и связанная с ней мацерация рогового слоя эпидермиса; сухость кожи; переохлаждение и перегревание организма; некоторые анатомические особенности (плоскостопие, узость межпальцевых складок); нарушения периферического кровообращения и трофические расстройства; возрастная динамика кислотно-щелочного баланса кожного покрова и химизма кожного сала; нейроэндокринные расстройства; метаболические нарушения; иммунные нарушения; прием некоторых лекарственных средств (напр.: антибиотики, сульфаниламиды, глюкокортикостероиды); непосредственный контакт с больным человеком или животным.

Критерии диагностики:

1. Сбор эпидемиологического анамнеза.

2. Разноцветный лишай: невоспалительные пятна от бледно-желтого до коричневого цвета, расположенные вокруг волосяных фолликулов, склонные к слиянию с образованием очагов с мелкофестончатymi очертаниями, с умеренным шелушением на поверхности; положительная проба Бальзера с 5% р-ром йода.; обнаружение в чешуйках элементов гриба.

3. Трихоспория узловатая (пьедрa): наличие на поверхности волос узелков овальной, веретенообразной или неправильной формы; цвет варьирует от белого до светло-коричневого (белая пьедрa) и черного цвета (черная пьедрa); микроскопическое обнаружение спор грибка.

4. Эпидермофития паховая: типичная локализация-кожа паховых и межъягодичной складок, под молочными железами, реже в подмышечной области; округлые пятна розового цвета с четкими границами; очаги полициклических очертаний с выраженным сплошным отечным периферическим валиком; пузырьки, микропустулы, эрозии, корочки, чешуйки; обнаружение септированного ветвящегося короткого мицелия.

5. Микоз стоп и кистей: кожа застойно гиперемирована, умеренно лихенифицирована; гиперкератоз, кожный рисунок усилен, муковидное шелушение; поражение может захватывать межпальцевые складки, пальцы, боковые поверхности стоп и кистей, тыл; мацерации, обрывки отслаивающегося эпидермиса; нередко присоединяются эрозии, трещины; субъективно- умеренный зуд, жжение, иногда болезненность.

6. Онихомикоз (три типа): нормотрофический - изменяется окраска ногтей, в толще ногтя - желтоватые пятна и полосы, блеск и толщина ногтей не изменяется; гипертрофический тип - ногти буровато-серые, тусклые, утолщаются и деформируются вплоть до образования онихогрифоза, частично разрушаются (особенно с боков); онихолитический тип характеризуется тусклой буровато-серой окраской пораженной части ногтя, ее атрофией и отторжением от ногтевого ложа, обнаженный участок покрыт рыхлыми гиперкеротическими наслоениями.

7. Микоз гладкой кожи: розовые или розово-красные с синюшным оттенком пятна округлых очертаний, четкие границы, поверхность пятен покрыта мелкими чешуйками, по периферии прерывистый валик из сочных папул; обширные очаги с фестончатыми контурами.

8. Микоз волосистой части головы: округлые очаги, резко отграниченные (диаметром до 2-3 см и более); плотно сидящие отрубевидные чешуйки серовато-белого цвета; обламывание волос на одном уровне (3-4 мм над кожей); «пеньки» волос. Трихофития инфильтративно-нагноительная (волосистая часть головы, область бороды и усов): резко отграниченные полушаровидные или уплощенные узлы синюшно-красного цвета с бугристой поверхностью; остеофолликулиты, эрозии, корки, чешуйки; резко расширенные устья волосяных фолликулов, заполненные гноем; волосы расшатаны, легко удаляются; увеличенные и болезненные регионарные лимфатические узлы. Для диагностики микроспории волосистой части головы используется метод флюоресценции

9. Кандидоз гладкой кожи и складок: мелкие пузырьки с тонкой дряблой покрывкой, которые легко вскрываются и образуют эрозии, эрозивные участки имеют малиновый цвет с фиолетовым или лиловым оттенком; влажная поверхность имеет характерный лаковый блеск. Кандидоз ногтевых валиков и ногтей: отеки, гиперемия околоногтевого валика; ногтевая пластинка коричневая, бугристая, с полосами и вдавливаниями.

10. Лабораторное обнаружение грибка.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Микрореакция;
2. УЗИ органов брюшной полости (по показаниям);
3. Общий анализ крови;
4. Общий анализ мочи;
5. Бактериоскопия на грибы

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, сахар крови) по показаниям

Тактика лечения:

Системные антимикотики (итраконазол, тербинафин, гризеофульвин) применяются: при сочетании грибкового поражения кожи и волос; при поражении многих и всех ногтевых пластинок; безуспешное лечение местными препаратами; при сахарном диабете, включая синдром диабетической стопы, признаках Т-клеточного иммунодефицита; несогласие пациента на длительную местную терапию.

1. Итраконазол (оральный раствор 10 мг\мл, капс.100мг): 100 мг/сут.- 2нед. или 200 мг/сут.- 7 дней. При поражении ногтевых пластинок кистей: 200 мг каждые 12 часов- 7 дней, с 3-х недельным перерывом (2 пульс-терапии). При поражении ногтевых пластинок стоп: 200 мг каждые 12 часов- 7 дней, с 3-х недельным перерывом (3 пульс-терапии).

2. Тербинафин (таб.250 мг): 250 мг/сут.-1 месяц, при онихомикозах- 3 месяца. Детям (с 3-х лет) назначают в дозе: при весе менее 20 кг- 62,5 мг; от 20 до 40 кг-125 мг в сутки.

3. Наружная терапия: тербинафин (1% крем, эмульсия), 5% серно-дегтярная мазь, салициловая кислота (5% спиртовой раствор)- при лечении отрубевидного лишая, клотримазол (1% крем, 1% раствор), миконазол (2% крем), 5% раствор йода.

4. Профилактические мероприятия, в том числе и обработка обуви 25% раствором формалина или уксусной эссенцией.
5. При наиболее контагиозных заболеваниях, чаще выявляемых в детских коллективах (микроспория, трихофития) необходима регистрация всех больных с заполнением экстренного извещения.
6. Проводить периодические осмотры всех детей и обслуживающего персонала в детских учреждениях с кратностью 1 раз в 7 дней в течение 40 дней (при микроспории в/ч головы) и 2-х недель (при трихофитии гладкой кожи)- совместный приказ №81 ДЗ, №37 Управления санитарно-эпидемиологического надзора, №304 Департамента образования от 2004г. «О проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий по снижению дерматомикозов».

Перечень основных медикаментов:

1. *Итраконазол 100мг, капс
2. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
3. Тербинафин 250 мг, 125 мг, табл
4. *Тербинафин 1%, крем
5. *Миконазол 2%, крем

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Серно-дегтярная мазь, 5%
2. * Раствор йода 5%
3. *Салициловая кислота спиртовой раствор, 2%, 5%
4. *Клотримазол крем, 1%, раствор, 1%

Критерии перевода на следующий этап:

При эффективности лечения: диспансерное наблюдение больных с микозом волосистой части головы в течение 3-х месяцев, с 3-х кратным отрицательным анализом на грибы; диспансерное наблюдение больных с микозом гладкой кожи в течение 1,5 месяца с 2-х кратным отрицательным анализом на грибы; диспансерное наблюдение больных с онихомикозом 1 раз в 3 месяца в течение 1 года.

Критерии перевода на следующий этап (стационар): выраженные воспалительные явления: аллергиды (микиды); неэффективность амбулаторного лечения; присоединение вторичной инфекции, поражение волосистой части головы и пушковых волос; дети из организованных коллективов и многодетных семей.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Crawford F, Hart R, Bell-Syer S, Torgerson D, Young P, Russell I. Topical treatment for fungal infections of the skin and nails of the foot. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001.
2. Hart R, Bell-Syer S, Crawford F, Torgerson D, Young P, Russell I. Systematic review of topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the feet. BMJ 1999; 319: 79-82;
3. Weller R, Omerod AD, Hobson RP, Benjamin NJ. A randomised trial of acidified nitrite cream in the treatment of tinea pedis. J AM Acad Dermatol 1998; 38: 559-563.
4. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах. Под редакцией Ю.К.Скрипкина, В.Н. Мордовцева.- М., Медицина, 1999.
5. Системная терапия онихомикозов. Национальная Академия микологии.- Пособие для врачей. Москва, 2000г.

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

Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения

Код протокола: 18 – 147 п

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа:

1. нормализация температуры тела;
2. исчезновение симптомов интоксикации ЦНС;
3. исчезновение тошноты и рвоты;
4. нормализация стула;
5. восстановление водно-электролитного баланса.

Длительность лечения: 5 дней

Код МКБ: А-09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения

Определение: Диарея – частый жидкий стул или водянистый стул 3 и более раз в течение 24 часов с объемом стула, превышающим 200 мл/сутки.

Инфекционный гастроэнтерит – частый жидкий стул в сочетании с одним или несколькими симптомами: тошнота, рвота, повышение температуры тела, анорексия, боли (колики) в животе, урчание или вздутие живота. Продолжительность острого периода до 14 дней.

Классификация: нет

Факторы риска: Salmonella, Shigella, Escherichia coli, Vibrio cholerae, Yersinia, Campilobacter, Rotavirus and etc., Lamblia intestinalis.

Критерии диагностики:

1. Клинические симптомы инфекционной диареи:
 - внезапное острое начало диареи;
 - лихорадка;
 - тошнота, рвота;
 - боли в животе;
 - звонкие и короткие кишечные шумы;
 - характер испражнений
2. Оценка клинических проявлений инфекционной диареи:
 - общее состояние (частота стула и рвоты, выраженность тошноты, высота лихорадки, выраженность болей в животе);
 - степень обезвоживания (состояние слизистой языка, окраска и тургор кожи, степень плотности глазных яблок, тембр голоса, выраженность жажды, снижение диуреза);
 - частота и характер пульса;
 - высота артериального давления;
 - пальпация живота, аускультация кишечных шумов (исключение неотложной хирургической ситуации: острый аппендицит, кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Копрология (содержание лейкоцитов, эритроцитов)
4. Бак.посев кала
5. При рвоте - бак.посев рвотных масс

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Ректороманоскопия

Тактика лечения: Оральная регидратация 2 литрами регидратационной жидкости в течение первых 24 часов. В последующие сутки по 200 мл после каждого очередного стула или рвоты.

Показания для антибиотикотерапии:

1. выраженные симптомы заболевания (если диарея, сопровождается лихорадкой, не купируется в течение 6-24 ч.);
2. шигеллез, холера, тяжелое течение сальмонеллеза, эшерихиоз (E.Coli o157)

Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день в течение 5 суток

Противорвотные только при сохраняющейся тошноте и тяжелой неукротимой рвоте: метаклопромид 10 мг в/м или 1 т (10 мг)

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р/сут в течение 5 дней.

Избегать назначения препаратов, подавляющих перистальтику кишечника (лоперамид), ввиду развития тяжелого колита, токсической дилатации толстого кишечника (мегаколон), бактериального обсеменения тонкого кишечника

Перечень основных медикаментов:

1. **Оральная регидратационная соль для приготовления глюкозо-электролитного раствора (пакеты, порошок)
2. Фуразолидон 500 мг, табл
3. Фурамаг 50 мг, капс
4. Тилихинол 50 мг, Тилихинол N-додецилсульфата (лаурилсульфата) 50 мг, Тилброхинол 200 мг), капс
5. **Сульфаметоксазол+триметоприм 120 мг, табл, сироп 240 мг/мл
6. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг/мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Смектит, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь
2. *Дротаверин 40 мг, табл
3. *Панкреатин, таблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД

Критерии перевода на следующий этап: Неэффективность амбулаторного лечения (сохраняющаяся рвота; продолжающаяся более 24 ч. лихорадка; нарастание степени обезвоживания)

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Proligy guidance/Managment of acute infective gastrointeritidis. October 2003.
2. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3 за 2004 год.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, 2002.
4. Practice guedelines for the managment of infectious diarrhea, IDSA duidelines. 2001
5. Diarrhea in adults (acute). Clinical evidence, 2004.
6. Приказ МЗ РК №294 от 29.03.2004г. “О мерах по профилактике сальмонеллезов в РК”
7. Приказ МЗ РК №542 от 29.12.2005г. “О мерах профилактики заболеваемости ОКИ в РК”

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Железодефицитная anemia

Код протокола: 16-091

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: профилактика осложнений.

Длительность лечения: от 10 дней до 1 мес.

Коды МКБ:

D50 Железодефицитная anemia

D50.0 Постгеморрагическая (хроническая) anemia

D50.8 Другие железодефицитные анемии

D50.9 Железодефицитная anemia неуточненная

Определение: Железодефицитная anemia (ЖДА) – патологическое состояние, характеризующееся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающееся на фоне различных патологических (физиологических) процессов и проявляющееся признаками анемии и сидеропении.

ЖДА – синдром, а не болезнь и вызвавшие ее патогенетические механизмы должны быть выявлены², может развиваться при ряде тяжелых заболеваний.

Классификация анемий:

По классификации М.П. Кончаловского различают анемии постгеморрагические, анемии вследствие нарушения кроветворения (в т.ч. железодефицитные), анемии гемолитические.

В зависимости от среднего эритроцитарного объема (СЭО) различают: микроцитарные (СЭО менее 80 фл), нормоцитарные (СЭО менее 81-94 фл) и макроцитарные (СЭО более 95 фл).

По содержанию Hb в эритроцитах различают: гипохромные (среднее содержание Hb в эритроците [ССГЭ] менее 27 пг) нормохромные (ССГЭ 27-33 пг) и гиперхромные (ССГЭ более 33 пг).

По патогенезу: острая, постгеморрагическая и хроническая.

По степени тяжести: легкая, средней степени тяжести и тяжелая.

В диагнозе ЖДА указывается причина и степень тяжести анемии.

Факторы риска: важнейшими этиологическими факторами являются кровотечения, хронические энтериты, некоторые глистные инвазии, хронические заболевания – наиболее распространенная причина большинства случаев ЖДА является дефицит биологически доступного железа в рационе питания¹. Факторы риска у женщин обильные менструации, желудочно-кишечные кровотечения, недостаточное питание, нарушения всасывания в желудочно-кишечном тракте, резекция желудка, опухоли, хронические экзогенные интоксикации, наследственный дефект ферментов.

Критерии диагностики: Различают следующие клинические формы ЖДА: постгеморрагическая железодефицитная anemia, агастральная или анэнтеральная железодефицитная anemia, ЖДА беременных, ранний хлороз, поздний хлороз.

Основные проявления манифестных декомпенсированных форм дефицита железа:

- гипохромная anemia, обусловленная нарушением синтеза Hb,
- снижение активности железосодержащих ферментов, что ведет к изменению клеточного метаболизма, усугубляя дистрофические изменения в органах и тканях, нарушение синтеза миоглобина приводит к миастении, за счет нарушения синтеза коллагена с преобладанием процессов катаболизма могут отмечаться формирование и прогрессирование атрофических процессов в слизистой пищевода и желудка.

Больные жалуются на слабость, головокружение, сердцебиение, головную боль, мелькание мушек перед глазами, иногда одышка при нагрузке, обмороки, при осмотре: трофические расстройства, явления сидеропенического глоссита, извращение вкуса, запахов, на ФГДС: на слизистой пищевода-участки ороговения, атрофические изменения в слизистой оболочке желудка с ахилией..

Базовые диагностические исследования – концентрация гемоглобина, СЭО, среднее содержание гемоглобина в эритроците, уровень гематокрита, СОЭ, количество лейкоцитов и

ретикулоцитов. Альтернативный подход – подтверждение наличия дефицита железа с помощью определения его концентрации и ферритина в сыворотке крови, железосвязывающей способности или уровня трансферрина. На дефицит железа указывает насыщение трансферрина железом менее 15% и содержание ферритина менее 12 мкг/л⁴. При определении индекса “растворимый рецептор трансферрина/ферритин” (TfR) значение TfR > 2/3 мг/л является точным показателем дефицита железа².

Показания для лечения на поликлиническом этапе: анемии легкой и средней тяжести (Hb до 70г/л).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови с определением тромбоцитов, ретикулоцитов.
2. Железо сыворотки крови.
3. Ферритин сыворотки крови.
4. Общий анализ мочи- для дифференциального диагноза
5. Кал на скрытую кровь –для исключения внутреннего кровотечения.
6. ЭФГДС - для обследования слизистой желудка, исключения кровотечения .
7. Консультация гематолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Биохимические анализы крови: общий билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, общий белок, сахар крови.
2. Флюорография.
3. Колоноскопия.
4. Консультация гинеколога
5. Консультация гастроэнтеролога
6. Консультация уролога
7. Консультация хирурга

Тактика лечения:

-Во всех случаях необходимо установить причину анемии, лечить заболевания, явившихся причиной анемии.

-Лечение лежащих в основе ЖДА заболеваний должно предотвратить дальнейшую потерю железа, но всем пациентам следует назначать терапию препаратами железа, как для коррекции анемии, так и для пополнения запасов организма. Сульфат железа** по 200 мг 2-3 раза в сутки, так же эффективны глюконат и фумарат железа. Аскорбиновая кислота улучшает адсорбцию железа (уровень рекомендаций В) и должна учитываться при плохом ответе.

-Парентеральное введение должно применяться только при непереносимости, по крайней мере, двух оральных препаратов или в отсутствие комплайенса. Парентеральное введение не превосходит оральное по эффективности, но более болезненное, дорогостоящее и может вызывать анафилактические реакции.

-Независимо от фармакологического лечения рекомендуется разнообразная диета, включение мяса в любом виде.

-Больные на “Д” учете получают повторные курсы лечения железа 1-2 раза в год, повторять ОАК 2-4 раза в год также больным в группе риска (6).

Критерии эффективности лечения на этапе: уменьшение симптоматики и достижение нормальных показателей гемоглобина (уровень рекомендаций D)³.

Перечень основных медикаментов:

1. **Железа соли однокомпонентные и комбинированные препараты, капсулы, драже, таблетки, содержащие не менее 30 мг железа
2. **Аскорбиновая кислота, таблетки, драже 50 мг
3. **Фолиевая кислота, таблетка 1 мг

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Поливитамины

Критерии перевода на следующий этап лечения: Hb менее 70 г/л, выраженная

симптоматика со стороны ССС, плохо переносимая слабость; необходимость выявления источников кровотечения; лечение острого кровотечения из верхних отделов ЖКТ; лечение застойной сердечной недостаточности³..

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии. Ташкент 2004.
2. Iron deficiency anemia. EBM Guidelines. 17.04.2005.
3. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. “ГЭОТАР-МЕД”, 2004.
4. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЭОТАР-МЕД, 2002.
5. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. Gut, 2000.v.46, p.1. Goddard A.F., McIntyre A.S., Scott B.B.
6. Основы клинической гематологии. Справочное пособие. Под редакцией проф. В.Г.Градченко ,2003г.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

ИБС, стенокардия напряжения

Код протокол: 05-053

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа:

1. подбор терапии;
2. улучшение общего состояния больного;
3. урежение частоты приступов;
4. повышение толерантности к физическим нагрузкам;
5. уменьшение признаков недостаточности кровообращения.

Длительность лечения:

Код МКБ10: I20.8 Другие формы стенокардии

Определение: Стенокардия - клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения и болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастрии. Боль провоцируется физической нагрузкой, выходом на холод, обильным приемом пищи, эмоциональным стрессом, проходит в покое, устраняется нитроглицерином в течение нескольких секунд или минут.

Классификация: Классификация ИБС (ВКНЦ АМН СССР 1989 г)

1. Внезапная коронарная смерть
2. Стенокардия:
 - стенокардия напряжения;
 - впервые возникшая стенокардия напряжения (до 1 мес.);
 - стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса от I до IV);
 - прогрессирующая стенокардия;
 - быстро прогрессирующая стенокардия;
 - спонтанная (вазоспастическая) стенокардия.
3. Инфаркт миокарда:
 - крупноочаговый (трансмуральный);
 - мелкоочаговый;
 - первичный рецидивирующий, повторный (3.1-3.2)
4. Очаговая дистрофия миокарда:
5. Кардиосклероз:
 - постинфарктный;
 - мелкоочаговый, диффузный.
6. Аритмическая форма (с указанием типа нарушения сердечного ритма)
7. Сердечная недостаточность
8. Безболевая форма

Стенокардия напряжения

I ФК (латентная стенокардия): приступы стенокардии возникают только при физических нагрузках большой интенсивности; мощность освоенной нагрузки по данным велоэргометрической пробы (ВЭМ) 125 Вт, двойное произведение не менее 278 усл. ед; число метаболических единиц более 7.

II ФК (стенокардия легкой степени): приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на расстояние более 500 м, особенно в холодную погоду, против ветра; подъеме по лестнице более, чем на 1 этаж; эмоциональном возбуждении. Мощность освоенной нагрузки по данным ВЭМ-пробы 75-100 Вт, двойное произведение 218-277 усл. ед, число метаболических единиц 4,9-6,9. Обычная физическая активность требует небольших ограничений.

III ФК (стенокардия средней тяжести): приступы стенокардии возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 100-500 м, подъеме по лестнице на 1 этаж. Могут быть редкие приступы стенокардии в покое. Мощность освоенной нагрузки по

данным ВЭМ-пробы 25-50 Вт, двойное произведение 151-217 усл. ед; число метаболических единиц 2,0-3,9. Наступает выраженное ограничение обычной физической активности.

IV ФК (тяжелая форма): приступы стенокардии возникают при незначительных физических нагрузках, ходьбе по ровному месту на расстояние менее 100 м, в покое, при переходе больного в горизонтальное положение. Мощность освоенной нагрузки по данным ВЭМ-пробы менее 25 Вт, двойное произведение менее 150 усл.ед; число метаболических единиц менее 2. Нагрузочные функциональные пробы, как правило, не проводят, у больных наблюдается резко выраженное ограничение обычной физической активности

Факторы риска: мужской пол, пожилой возраст, дислипотеинемия, артериальная гипертензия, курение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем.

Критерии диагностики: ангинозные боли, провоцирующиеся физической нагрузкой (объем нагрузки согласно классификации), данные ЭКГ, ВЭМ пробы

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Определение глюкозы
3. Общий анализ мочи
4. Коагулограмма крови
5. Электрокардиограмма
6. Измерение артериального давления
7. Определение билирубина
8. Антропометрия
9. Определение калия/натрия
10. Определение бета-липопротеидов
11. Определение холестерина
12. Определение холестерина липопротеидов высокой плотности
13. Определение триглицеридов
14. Определение АсТ
15. Определение АлТ
16. Определение мочевины
17. Определение креатинина
18. Эхокардиография
19. Чрезпищеводная электрофизиологическое исследование
20. Велоэргометрия

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях
2. Суточное мониторирование по Холтеру
3. Узи органов брюшной полости

Тактика лечения: назначение антиангинальной, антиагрегантной, гиполипидемической терапии, улучшение коронарного кровотока, профилактика сердечной недостаточности, вторичная профилактика ИБС.

Антиангинальная терапия: в-блокаторы титровать дозу препаратов под контролем ЧСС, АД, ЭКГ.

Нитраты при СН I-II ФК назначают прерывисто в лекарственных формах короткого действия для купирования приступов стенокардии или за 5-10 мин до предполагаемой физической нагрузки, при СН III ФК нитраты пролонгированного действия с безнитратным промежутком в течение суток 5-6 часов, при СН-IV ФК необходимо назначение нитратов с целью обеспечения круглосуточного эффекта. При наличии противопоказаний к назначению в-блокаторов возможно назначение антагонистов кальция. Доза подбирается индивидуально.

Антиагрегантная терапия предполагает назначение аспирина всем больным, для усиления эффекта назначается клопидогрель

С целью борьбы и предупреждения развития сердечной недостаточности необходимо назначение и АПФ. Доза подбирается с учетом гемодинамики. Гиполипидемическая терапия (статины) назначается всем больным. Доза подбирается с учетом показателей липидного спектра.

Мочегонные препараты назначают в целях борьбы с сердечной недостаточностью.

Антиаритмические препараты могут назначаться в случае появления нарушений ритма.

С целью улучшения метаболических процессов в миокарде могут назначаться метаболические препараты.

Перечень основных медикаментов:

1. *Изосорбид динитрат 0,1% 10 мл, амп
2. Изосорбид моонитрат 40мг, капс., 50 мг. таб.
3. Изосорбид моонитрат 20мг, табл
4. **Изосорбид динитрат, табл 5 мг, 10 мг, 20мг, 40 мг, 60 мг; раствор для инъекций 0,1% 10 мл; аэрозоль
5. *Нитроглицерин, табл 0.5мг
6. **Атенолол, табл 50мг, 100 мг
7. *Метапролол, табл 25 мг
8. Бисопролол, табл, 5 мг
9. Карведилол, табл 25 мг
10. Дилтиазем, капс 180мг
11. **Верапамила гидрохлорид, табл 40мг, 80 мг
12. **Амлодипин табл 5 мг, 10 мг
13. Фозиноприл, табл 10мг
14. *Периндоприл, табл 4мг
15. Каптоприл, табл 25 мг
16. *Эналаприл табл 10 мг
17. *Амиодарон, табл 200мг
18. *Фуросемид, табл 40мг
19. *Фуросемид, 40 мг амп
20. *Спиронолактон, табл 100мг
21. *Гипотиазид, табл 25 мг
22. **Ацетилсалициловая кислота, табл 100мг, 250 мг, 325мг, 500 мг
23. Клопидогрель табл 75 мг
24. *Ловастатин табл 10 мг, 20 мг, 40 мг
25. Аторвастатин, табл 10мг
26. Симвастатин, табл 20мг
27. *Декстроза, р-р д/и 5% фл 400мл
28. Калия хлорид, 4% 10 мл
29. *Инсулин человеческий, растворимый, биосинтетический, р-р д/и 100ЕД/мл
30. *Натрия хлорид, р-р, д/и 0,9% фл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Тофизопам, табл 50мг
2. Триметазидин, табл 20мг

Критерии перехода к следующему этапу:

При ухудшении состояния: прогрессирование стенокардии перейти к протоколу с нестабильной стенокардией, при тромбоэмболических осложнениях перевод в реанимационное отделение, при развитии ОИМ перейти к стандарту лечения ОИМ

Литература, использованная для подготовки протоколов:

1. Доказательная медицина - ежегодный справочник
2. Чучалин А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В., Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) Выпуск У1 2005
3. Моисеев В.С., Сумароков А.В. Болезни Сердца

4. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Острый бронхит

Код протокола: 04-035a

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: ликвидация интоксикации, головной боли, улучшение самочувствия, нормализация аппетита и температуры тела; выздоровление и отсутствие осложнений.

Длительность лечения: 5 -14 дней.

Код МКБ: J20 Острый бронхит

Определение: **Острый бронхит** – это воспаление бронхов преимущественно инфекционного происхождения, продолжающееся до 1 мес.

Классификация: – общепринятой классификации нет. По этиологии: наиболее часто вирусный, бактериальный; токсический и ожоговый – редко. Выделяют: острый простой бронхит, острый обструктивный бронхит, острый бронхиолит, рецидивирующий бронхит.

Факторы риска: грипп, другие респираторные вирусные заболевания, алкоголизм, аллергические заболевания, воздушные поллютанты, гипертрофия носоглоточной и небных миндалин, иммунодефицитные состояния, курение (в т.ч.пассивное), наличие трахеостомы, пожилой или детский возраст, рефлюкс-эзофагит, ХОБЛ, хронический синусит, переохлаждение.

Критерии диагностики: Диагноз «Острый бронхит» выставляется при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3 нед, независимо от наличия мокроты при отсутствии признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые также могут быть причиной кашля. Диагноз ставится методом исключения и основывается на клинической картине.

Основные клинические проявления: симптомы интоксикации (недомогание, озноб, субфебрилитет, боли в спине и мышцах); кашель, сначала сухой, затем продуктивный со слизисто-гнойной мокротой; одышка часто обусловлена фоновой патологией легких или сердца; симптомы фарингита и конъюнктивита; при аускультации – рассеянные сухие или влажные хрипы в легких.

Основные клинические проявления: симптомы интоксикации (недомогание, озноб, субфебрилитет, боли в спине и мышцах); кашель, сначала сухой, затем продуктивный со слизисто-гнойной мокротой; одышка часто обусловлена фоновой патологией легких или сердца; симптомы фарингита и конъюнктивита; при аускультации – рассеянные сухие или влажные хрипы в легких. В ОАК могут быть выявлены лейкоцитоз, ускорение СОЭ. В ОАМ возможно выявление незначительной протеинурии или нет изменений. При наличии мокроты 3-х кратное исследование на БК для исключения туберкулеза легких. Для дифференциальной диагностики: рентгенография грудной клетки (отсутствие изменения легочной ткани). Термометрия. При стойком и длительном повышении температуры тела исследование гемокультуры на бактериемию на высоте лихорадки с определением чувствительности флоры к антибиотикам.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Микрореакция
4. Флюорография

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мокроты
2. Цитология мокроты
3. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам, БК
4. Исследование гемокультуры на бактериемию на высоте лихорадки
5. Рентгенография органов грудной клетки
6. Консультация отоларинголога
7. Консультация фтизиатра

Тактика лечения: при изнуряющем кашле могут быть применены средства, подавляющие кашель (декстрометорфан, кодеин, тусупрекс), бронходилататорыА (сальбутамол - при признаках бронхиальной гиперреактивности). При наличии мокроты показаны муколитические средства (амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин).

Антибиотикотерапия не рекомендована при неосложненном остром бронхите, так как в основном они вирусной этиологии. Антивирусная терапия (амантадин, римантадин, рибавирин).

Антибиотикотерапия показана при явных признаках инфекционного поражения бронхов: выделение гнойной мокроты и увеличение ее количества, возникновение и нарастание признаков интоксикации (перорально амоксициллин 0,5-1г каждые 8ч, цефуроксим ацетил 0,5 г каждые 12 ч, кларитромицин 0,5 г каждые 12ч, азитромицин 0.5 г 1 раз в сутки в течение 3 дней).

На период подъема температуры - постельный режим. Обильное теплое питье. При гипертермии более 38С без признаков бактериального поражения бронхов возможно кратковременное применение жаропонижающих средств (рекомендуется парацетамол).

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р\сут в течение 7 дней.

Элиминация внешних раздражителей. Обучение пациентов: дыхательные упражнения, постуральный дренаж, прекращение курения.

Перечень основных медикаментов:

1. **Парацетамол сироп 2,4% во флаконе; суспензия; суппозитории 80 мг
2. *Амоксициллин 500 мг, табл.
3. **Амброксол сироп 15 мг/5 мл; 30мг/5 мл; раствор 7,5 мг/мл
4. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг
2. *Азитромицин 500 мг
3. *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; раствор для небулайзера 20 мг

Критерии перевода на следующий этап лечения: При развитии осложнений (пневмония, обструктивный синдром), нарастание интоксикации, появление дыхательной недостаточности, не снижение температуры тела более 3-х дней.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Bronchitis. National Guideline Clearinghouse. www. guideline.gov. 2005
2. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.
3. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н.. Москва, 2002 г.
4. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Пневмония

Код протокола: 04-0406

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: регресс клинических симптомов и легочной инфильтрации.

Длительность лечения: 7-14 дней

Коды МКБ:

J18 Пневмония без уточнения возбудителя;

J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках;

J12 Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках

Определение: Внебольничная пневмония – острое инфекционное заболевание, возникшее во внебольничных условиях, сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боли в груди, одышка) и рентгенологическими свидетельствами “свежих” очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Классификация: В основу классификации положены условия развития заболевания и иммунологический статус больного. Различают: Внебольничная пневмония (приобретенная вне лечебного учреждения, синонимы: домашняя. Амбулаторная), Нозокомиальная пневмония (приобретенная в лечебном учреждении, синонимы: госпитальная, внутрибольничная), Аспирационная пневмония, Пневмония у лиц с тяжелыми дефицитами иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия)1 и уточнение локализации и наличия осложнений

Критерии тяжести течения пневмонии:

1) легкое течение – невыраженные симптомы интоксикации, температура тела субфебрильная, отсутствуют дыхательная недостаточность и нарушения гемодинамики, легочная инфильтрация в пределах 1 сегмента, лейкоциты $9,0-10,0 \times 10^9/\text{л}$, нет сопутствующих заболеваний;

2) Средняя степень тяжести течения: умеренно выраженные симптомы интоксикации, повышение температуры тела до 38°C , легочный инфильтрат в пределах 1-2 сегментов, ЧДД до 22/мин, ЧСС до 100 уд/мин, осложнения отсутствуют;

3) тяжелое течение пневмонии: тяжелое состояние больного, выраженные симптомы интоксикации, температура тела $> 38,0^\circ\text{C}$, дыхательная недостаточность II- III ст, нарушения гемодинамики (АД $< 90/60$ мм рт. ст, ЧСС более 100 уд/мин, септический шок, потребность в вазопрессорах), лейкопения менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$ или лейкоцитоз $20,0 \times 10^9/\text{л}$ с количеством незрелых нейтрофилов более 10%, многоделевая, двусторонняя пневмоническая инфильтрация, быстрое прогрессирование процесса (увеличение зоны инфильтрации на 50% и более за 48 часов наблюдения, плевральный выпот, абсцедирование, азот мочевины $> 10,7$ ммоль/л, ДВС-синдром, сепсис, недостаточность других органов и систем, нарушения сознания, обострение сопутствующих заболеваний

Факторы риска: курение, нарушения иммунитета (например, терапия ГКС), наличие пневмонии в анамнезе и некоторых профессиональных факторов, наркомания, алкоголизм, возраст > 65 лет, сопутствующие заболевания (ХОБЛ, сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, хроническая почечная или печеночная недостаточность), бедность

Критерии диагностики: острое начало болезни, повышение температуры тела, кашель со слизисто-гнойной мокротой, физикальные признаки (укорочение перкуторного звука, ослабленное, жесткое/бронхиальное дыхание, крепитация, влажные мелкопузырчатые хрипы), лейкоцитоз и/или палочкоядерный сдвиг, наличие легочной инфильтрации (рентгенологически)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции
2. Общий анализ крови

3. Общий анализ мокроты
4. Бактериоскопия мазка мокроты с окраской по Граму

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Мочевина, креатинин крови
2. Электролиты крови
3. Посев мокроты
4. Анализ мокроты на МБТ
5. Антибиотикограмма
6. Рентгенография органов грудной клетки в боковой проекции
7. Газы крови
8. Спирометрия
9. Консультация фтизиатра
10. Консультация онколога

Тактика лечения: Эмпирическая антибактериальная терапия независимо от тяжести течения пневмонии.

Выбор антибиотиков для лечения пневмонии в амбулаторных условиях

Клиническая ситуация	Препараты выбора
Нетяжелая пневмония у молодых без сопутствующей патологии.	Амоксициллин 1000 мг 4 раза в день, макролиды (спирамицин 3 млн 2 раза в день, азитромицин 500 мг 1 раз в день, кларитромицин 250 мг 2 раза в день)
Средний и пожилой возраст, с факторами риска (курение, нарушение иммунитета и т.д.) наличие сопутствующих заболеваний, неблагоприятные социальные факторы (бедность, алкоголизм и др.)	Цефалоспорины II-III поколения (цефалексин по 1 г 3 раза в сутки), макролиды ципрофлоксацин по 500 мг 1 раз в день, доксициклин или монотерапия респираторными фторхинолонами, левофлоксацин по 500 мг 1 раз в день Амоксициллин/клавулановая кислота по 375 мг 3 раза в день Парацетамол сироп, суспензия, суппозитории

Продолжительность терапии составляет 7-10 дней. При наличии эпидемиологических или клинических данных о микоплазменной или хламидийной инфекции длительность лечения составляет 14 дней. Предпочтителен пероральный путь введения антибактериальных препаратов. Для улучшения дренажной функции применяют карбоцистеин, амброксол по 1 таб. 3 раза в день. Больным рекомендуется обильное потребление жидкости, дыхательная гимнастика, фитотерапия.

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р\сут в течение 14 дней.

Перечень основных медикаментов:

1. **Амоксициллин пероральная суспензия 250 мг/5 мл
2. *Спирамицин 3 млн фл
3. **Ципрофлоксацин, таблетка 250 мг; 500 мг; раствор для инфузий по флаконе 200 мг/100 мл
4. *Кларитромицин 250 мг табл
5. *Цефалексин таблетка, капсула по 250 мг, 500 мг; суспензия и сироп 125 мг, 250 мг/5 мл
6. **Парацетамол, сироп 2,4% во флаконе; суспензия; суппозитории 80 мг
7. **Амброксол сироп 15 мг/5 мл; 30мг/5 мл; раствор 7,5 мг/мл
8. *Доксициклин или монотерапия респираторными фторхинолонами, левофлоксацин по 500 мг
9. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. **Амоксициллин/клавулановая кислота порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 625 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап: тяжелое общее состояние и течение пневмонии,

выраженная дыхательная недостаточность, нарушения гемодинамики, осложнения пневмонии (плеврит, абсцедирование), трудности в проведении дифференциальной диагностики, тяжелое сопутствующее заболевание, иммуносупрессия, неудовлетворительные домашние условия.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Изд-во “ГЕОТАР-МЕД”, 2004.
2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Вып. 3. Медиа Сфера. 2004.
3. Eur Respir J 1998; 11: 986–991. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections.
4. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults Thorax 2001;56;1-64 http://thorax.bmjournals.com/cgi/content/full/56/suppl_4/iv1
5. Community Management Of Lower Respiratory Tract Infection in Adults. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. 2002.
6. Update of Practice Guidelines for Management of Community-Acquired Pneumonia in Immunocompetent Adults. CID 2003.
7. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЕОТАР, 2002.
8. BRITISH NATIONAL FORMULARY, September 1997, number 34. British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
9. <http://media.consilium/index.shtml> /media/consilium/02_12/620_1.shtml :: Thursday, 27-Feb-2003 22:26:24 MSK

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Поражения нервных корешков и сплетений

Код протокола: 01-0106

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: восстановление функции пораженных нервных корешков и сплетений.

Длительность лечения: в зависимости от степени тяжести клинических проявлений от 7 дней до 14 дней.

Коды МКБ: G50- G59 Поражение отдельных нервов, нервных корешков и сплетений

M50.1 Поражение межпозвоночного диска шейного отдела с радикулопатией

M51.1 Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикулопатией

M54.1 Радикулопатия

Определение: Мононейропатии – это поражение одного, множественная мононейропатия поражение нескольких крупных нервов. Патоморфологически при мононейропатии и множественной мононейропатии выявляется повреждение *vasa nervorum*. Многие поражения нервных корешков и сплетений развиваются по типу компрессионных нейропатий обусловленных внешним сдавлением, однократным или периодически повторяющимся. Самые частые причины – травмы, наружное сдавление (ущемление) или сдавление объемом. Компрессионному поражению наиболее подвержены нервы и корешки, не окруженные мягкими тканями. После устранения внешнего давления восстановление функций корешка, нерва и сплетений обычно происходит самостоятельно.

Туннельный синдром – сдавление периферического нерва окружающими анатомическими структурами (очень часто метаболического генеза). Компрессия нерва, корешка, сплетения обычно постоянна, но ее выраженность может варьировать в зависимости от отека тканей и напряжения мышц конечности. В клинической практике обычно встречаются невропатия локтевого нерва в связи с его сдавлением в локтевой бороздке или кубитальном туннеле и невропатия срединного нерва в результате сдавления его в канале запястья.

Невралгия латерального кожного нерва бедра – самая частая причина – травма, ношение корсета, ношение бандажа. Сдавление большеберцового нерва – причина туннельный синдром при метаболических нарушениях, артропатиях, травме. Обычно нейропатия сопровождается болью. Иногда вовлекаются черепно-мозговые нервы, чаще VII пара; V пара; глазодвигательные нервы.

Паралич Белла — остро возникающий односторонний паралич или парез мимических мышц в результате периферического поражения лицевого нерва. При параличе Белла могут наблюдаться боль в ухе или за ним, потеря чувствительности на пораженной стороне лица, гиперacusia, нарушение вкусовых ощущений на передней части языка с соответствующей стороны.

Невралгия тройничного нерва (НТН) представляет собой характерный болевой синдром, возникающий по ходу одной или нескольких ветвей V черепного нерва. Диагноз ставится только по данным анамнеза и основывается на характерных признаках боли. Она появляется внезапно и продолжается от нескольких секунд до 2 мин. Частота болевых приступов варьирует в широком диапазоне: от сотен приступов в день до очень редких приступов, когда периоды ремиссии могут продолжаться годами. Боль при НТН очень сильная, ее описывают как интенсивную, острую, поверхностную, пронзительную, жгучую или подобную электрическому удару. У конкретного больного характеристики боли во время приступов всегда одинаковы. Часто пусковым моментом приступа боли может быть прикосновение к какой-либо определенной триггерной зоне, прием пищи, разговор, умывание лица или чистка зубов. В периоды между пароксизмами боли заболевание протекает бессимптомно. При постановке диагноза следует исключить другие причины возникновения боли в области лица.

Классификация:

Поражения нервных корешков и сплетений по этиологическому признаку делятся на :

1. Инфекционные: вирусные, микробные (при скарлатине, бруцеллезе, сифилисе, лептоспирозе и др.).
2. Инфекционно-аллергические (при детских инфекциях: корь, краснуха, вакцинальные, рассеянном склерозе, сывороточные и др.)
3. Токсические (при хронических интоксикациях (алкоголизм, свинец и др.);
4. Дисметаболические: при дефиците витаминов, при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет) и др.
5. Дисциркуляторные: при узелковом периартериите, ревматических и других васкулитах.
6. Идиопатические и наследственные (невральная амиотрофия Шарко-Мари и др.).
7. Травматические поражения нервных корешков и сплетений
8. Компрессионно-ишемические поражения отдельных периферических нервов (синдром запястного канала, синдром тарзального канала и др.).
9. Вертеброгенные поражения.

По топографо-анатомическому принципу различают:

- радикулиты - поражения спинномозговых корешков;
- плекситы - поражение сплетений (шейное, плечевое, пояснично-крестцовое);
- мононевриты - периферических нервов черепно-мозговых нервов, межреберных, нервов конечностей;
- полинейропатии множественное поражение периферических нервов;
- мультинейропатии или множественные мононейропатии при которых поражаются несколько периферических нервов, часто асимметрично.

Факторы риска: сдавления корешков спинномозговых нервов, вследствие грыжи межпозвоночного диска

Критерии диагностики:

1. Боль;
2. Положительные симптомы натяжения, симптом Тиннеля;
3. Двигательные и чувствительные нарушения.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Рентгенография
4. Биохимический анализ крови

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Компьютерная томография и /или магнитно-резонансная томография
2. Консультация терапевта
5. Консультация офтальмолога
6. Консультация травматолога
7. Консультация инфекциониста
8. Консультация эндокринолога
9. Консультация нейрохирурга

Тактика лечения: Лечение специфическое, зависит от причины, вызвавшей заболевание, и начинается с прекращения воздействия вредного фактора. Но всегда проводится витаминотерапия, при необходимости массаж, лечебная физкультура и физиолечение, которые составляют так называемое неспецифическое лечение. При радикулопатии в большинстве случаев, особенно в случае грыжи межпозвоночного диска, эффективно консервативное лечение: постельный режим, транквилизаторы (на ночь), вытяжение. При корешковой боли, наряду с консервативной терапией, назначаются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), лорноксикам от 8 до 16 мг/сутки, диклофенак от 25 до 75 мг/сутки. Патогенетически важным при заболеваниях периферической нервной системы является назначение витаминов группы "В", т.к. они необходимы для деятельности окислительных энергетических механизмов и поддержания нормальной структуры и

функции нервов. В последнее время наряду с инъекционными формами стали применять комплекс витаминов группы “В” для перорального применения. Препараты местного действия: мази диклофенак, хондроксид и т. д. Эффективны физиотерапевтические процедуры, иглорефлексотерапия. Лечебные медикаментозные блокады проводят кортикостероидами. Наиболее эффективным являются готовые шприцы Амбене (Германия) с комбинированным препаратом, вызывающим быстрое противовоспалительное, жаропонижающее и обезболивающее действие.

Действующие вещества:

дексаметозан (глюкокортикостероид) оказывает местное противовоспалительное, дегидратирующее, анальгетическое действие; фенилбутазон (НПВП); натрия салициламид (анальгетический эффект); цианкобаламид (витамин В) оказывает благоприятное влияние на функцию нерва: лидокаин обладает местным обезболивающим эффектом.

Лечение туннельного синдрома в легких случаях ограничивается покоем. Эффективно введение кортикостероидов (продолгованных форм) в канал.

При идиопатическом параличе мимической мускулатуры необходимо назначить курсы кортикостероидной терапии 30-60 мг преднизолона через день, утром постепенно снижая дозировку на 5 мг. Назначают препараты, улучшающие микроциркуляцию-декстраны от 200 до 400 мл внутривенно капельно на курс лечения от 3 до 5 раз. Для проведения декомпрессии необходима дегидратирующая терапия более эффективен маннитол 10-20% внутривенно капельно в дозе 0,5 –1,5 г/кг. Затем в плане восстановительной терапии рекомендована нейротекторная терапия – депротеинизированный гемодериват из телячьей крови (драже от 200 до 600 мг или 40 мг внутримышечно), витамины группы “В” (нейромультивит, магния лактат в сочетании с пиридоксином). Назначение прозерина не показано (замечено, что прозерин вызывает контрактуру). При правильно выбранной тактике и своевременно начатом лечении контрактуры не бывает.

При невралгии тройничного нерва назначают карбамазепин до 600 мг/сутки для купирования болевого синдрома. Применение ламотриджина (по 400 мг/сутки) по сравнению с плацебо повышало долю больных, у которых через 4 нед наблюдалось улучшение.

При опоясывающем лишае назначают противовирусные препараты ацикловир назначают внутрь в дозе 400 мг 5 раз в сутки 7-10 дней, иммуномодуляторы, аспирин, нестероидные противовоспалительные, анальгетики. Эффективен лорноксикам 8 – 16 мг. Проводят чрезкожную электростимуляцию, назначают одновременно антидепрессанты, витамины группы В. При жгучей боли эффективен карбамазепин начальная доза 100 мг внутрь 2 раза в сутки, затем дозу постепенно увеличивают до 200мг внутрь 2 раза в сутки. Местно применяют 0,025% капсаициновый крем, его наносят на пораженные участки 4 раза в сутки. Чтобы избежать жжения на пораженные участки за 20 минут до этого наносят крем с местным анестетиком. Пузырьки обрабатывают также бриллиантовой зеленью 1%-2%. Применяют также инъекции кортикостероидов и местных анестетиков в пораженные участки, блокады нервов. Наиболее грозные осложнения герпеса при поражении черепно-мозговых нервов менингоэнцефалит, блефарит, кератит, увеит, постгерпетическая невралгия, периферический парез мышц.

Перечень основных медикаментов:

1. Лорноксикам 4 мг, 8 мг, табл
2. *Диклофенак 100 мг, мазь
3. Хондроитин сульфат 30 г, мазь
4. *Витамины группы В (нейромультивит)

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Преднизолон 5 мг, табл
2. *Маннитол, раствор 10%, 20% во флаконе 100 мл, 500 мл
3. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг, драже
4. *Карбамазепин 100 мг, 200 мг, табл
5. *Декстран, раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл

6. *Ламотриджин 25 мг, 50 мг, табл
7. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, табл
8. *Ацикловир 400 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап:

1. Обследование для уточнения причины (объемный процесс, воспаление, травма);
2. Выраженный болевой синдром;
3. Осложнения

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь (дополненный перевод 26-го издания Стедмана). ГЭОТАР МЕДИЦИНА, М., 2000
2. Справочник врача общей практики. Дж. Мерта. Практика, М., 1998
3. Внутренние болезни. Кн. 10. Т.Р. Харрисон. “Медицина”, М., 1997
4. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14 (АНСРР publication no. 95-0642).
5. Неврология. Под ред. М. Самуэльса. Пер. с англ.-М., Практика, 1997.-640с.

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

Профилактика нарушений мозгового кровообращения

Код протокола: 01-107

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: все направления профилактической работы ориентированы на контроль факторов риска, их коррекцию, как у конкретных людей, так и в популяции в целом. Диспансерное наблюдение. Отсутствие повторных случаев ПНМК и сохранение трудоспособности. Снижение временной нетрудоспособности.

Длительность лечения: не имеет определенных сроков

Коды МКБ 10:

G45 Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы

G46 Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях.

I60 - I67 Цереброваскулярные болезни

Определение: Профилактика – это комплекс мероприятий направленных на поддержание и укрепление здоровья, и предотвращение нарушений мозгового кровообращения. Диспансеризация является одним из наиболее действенных методов реализации профилактических мероприятий.

Классификация: Нарушения мозгового кровообращения подразделяются на острые и хронические. К острым формам относят преходящие нарушения мозгового кровообращения и инсульт. К хроническим формам - начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга и дисциркуляторную энцефалопатию (гипертоническую, атеросклеротическую и смешанную).

Факторы риска:

- артериальная гипертония;
 - курение;
 - патология сердца;
 - патология магистральных артерий головы;
 - нарушение липидного обмена;
 - сахарный диабет;
 - гемостатические нарушения;
 - алкоголь;
 - оральные контрацептивы;
 - гиподинамия;
 - избыточная масса тела;
 - эмоциональный стресс;
 - некорректируемые факторы: пол, возраст, этническая принадлежность и наследственность.
- Многие люди в популяции имеют одновременно несколько факторов риска, каждый из которых может быть выражен умеренно. Например, у обследуемого выявляется "мягкая" АГ, умеренная гипертрофия миокарда, легкий сахарный диабет.

1. Артериальная гипертония. Важнейший фактор риска развития как геморрагического, так и ишемического инсульта. Риск инсульта у больных с АД более 160/95 мм рт.ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм рт.ст. - в 10 раз.
2. Патология сердца. Различные заболевания сердца увеличивают риск развития инсульта. Наиболее значимым предиктором инсульта является фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). У лиц старше 65 лет ее распространенность оценивается в 5-6%. Риск инсульта при этой патологии возрастает в 3-4 раза. Риск развития инсульта также повышается при наличии ИБС (в 2 раза), гипертрофии миокарда левого желудочка по данным ЭКГ (в 3 раза), при сердечной недостаточности (в 3-4 раза).
3. Транзиторные ишемические атаки. Являются существенным предиктором развития как

инсульта, так и инфаркта миокарда. Риск развития инсульта составляет у больных с ТИА около 4-5% в год.

4. Сахарный диабет. Больные с этим заболеванием чаще имеют нарушения липидного обмена, артериальную гипертонию и различные проявления атеросклероза. В то же время, не получено данных, что применение гипогликемических препаратов у больных сахарным диабетом снижает у них риск развития инсульта.
5. Курение. Увеличивает риск развития инсульта вдвое. Ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. Прекращение курения приводит через 2-4 года к снижению риска инсульта.
6. Алкоголь. Злоупотребление алкоголем увеличивает риск развития кровоизлияния в мозг.
7. Избыточная масса тела, нарушения липидного обмена. Фактор риска развития атеросклероза сонных и коронарных артерий.
8. Оральные контрацептивы. При использовании препаратов с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышается риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятно сочетание их приема с курением и повышением АД.
9. Асимптомный стеноз сонных артерий. Риск развития инсульта около 2% в год. Он существенно увеличивается при стенозе сосуда более, чем 70% и при появлении ТИА (до 13% в год). Оклюзирующие поражения сонных артерий, кроме того, служат маркером системного и, в частности, коронарного атеросклероза. Такие больные нередко погибают не от инсульта, а от ИБС.

Критерии диагностики:

1. Анамнез: выявление злоупотребления алкоголем, курения, приема оральных контрацептивов и т.д.
2. измерение АД на обеих руках
3. снятие ЭКГ для выявления гипертрофии левого желудочка и нарушений ритма
4. аускультация экстракраниальных артерий
5. определение уровня глюкозы в крови
6. определение уровня холестерина в крови

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Ультразвуковое исследование сонных, позвоночных и внутримозговых артерий (УЗДГ, дуплексное сканирование, транскраниальная доплерография), а при наличии соответствующих показаний МРТ-ангиографии;
2. Углубленное исследование сердечной деятельности, наряду с ЭКГ, проведение холтеровского мониторирования ЭКГ, велоэргометрии, эхокардиографии, 24-часовое мониторирование АД;
3. Консультация невролога
4. Консультация офтальмолога

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. исследование реологических свойств крови и системы гемостаза - агрегации тромбоцитов и эритроцитов, вязкости крови, а также коагулограммы;
2. консультация кардиолога, ангиохирурга;
3. компьютерная томография, МРТ головного мозга, так как "малый" инсульт, а нередко и преходящие нарушения мозгового кровообращения сопровождаются структурными изменениями вещества головного мозга (развитием лакунарного инфаркта мозга).

Тактика лечения:

1. Активное выявление и адекватное лечение больных артериальной гипертонией;
2. Предупреждение кардиоэмболического инсульта у больных с нарушениями ритма сердца;
3. Предупреждение повторных острых нарушений мозгового кровообращения у больных с транзиторными ишемическими атаками или "малым" инсультом, на основе знания их патогенеза, включая хирургические методы (эндартериэктомия);
4. Медикаментозная коррекция нарушений липидного обмена у лиц с ИБС, а также с атеросклеротическим поражением сонных артерий.

В качестве антигипертензивных средств используются препараты следующих классов:

У больных, перенесших инсульт или преходящее нарушение мозгового кровообращения доказана эффективность ингибиторов АПФ, например, эналаприл до 10-20 мг/сут; а также селективного бета блокатора – бисопролола от 2,5 до 10 мг/сутки, атенолола до 50-100 мг, индапамида от 2,5 до 10 мг/сутки.

По показаниям назначают статины, например, симвастатин, ловастатин до 20 мг/сут. В настоящее время установлено, что назначение больным с патологией сердца (при мерцательной аритмии, фибрилляции предсердий) антикоагулянта непрямого действия варфарина существенно на 60-70% - уменьшает риск развития кардиоэмболического инсульта. Общеизвестным являются два направления предупреждения инсульта у больных ТИА и “малым инсультом” при патологии сонных артерий. Применение тромбоцитарных антиагрегантов (ацетилсалициловая кислота от 75 до 100 мг; клопидогрель 75 мг). Проведение ангиохирургической операции с целью ликвидации атеросклеротического стеноза сонной артерии (каротидная эндартерэктомия). При наличии противопоказаний может выполняться экстра-интракраниальное шунтирование.

Изменение образа жизни для больных гипертензией:

1. Лицам с легкой гипертензией для снижения кровяного давления рекомендуются умеренные физические упражнения продолжительностью 50-60 мин 3-4 раза в неделю, включая пешие и велосипедные прогулки, плавание.
2. Потребление алкоголя не должно превышать 2 дозы в день для здорового человека и 14 стандартных доз за неделю для мужчин и 9 для женщин (одна доза равна 15 мл чистого этанола).
3. Пациентам с индексом массы тела больше 25, особенно гипертоникам, рекомендуется снизить вес.
4. Гипертоникам старше 44 лет следует ограничить потребление соли до конечного количества 90-130 ммоль/л в день.
5. Для снижения кровяного давления рекомендуется диета с низким содержанием жиров, богатая свежими фруктами и овощами.

Перечень основных медикаментов:

1. *Эналаприл 10 мг, табл.
2. *Индапамид 2,5 мг, табл.
3. *Атенолол 50 мг, табл.
4. Бисопролол 5, 10 мг, табл.
5. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Симвастатин 20 мг, табл
2. *Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл
3. *Варфарин 2,5 мг, табл
4. Клопидогрель 75 мг, табл.

Критерии перевода на следующий этап:

1. Обследование для уточнения диагноза;
2. Кризовое течение артериальной гипертензии;
3. Серия ПНМК, ОНМК.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. ГЭОТАР_МЕД, М., 2004.
2. Effect of Perindopril on Cerebral Vasomotor Reactivity in Patients With Lacunar Infarction. Matthew Walters, Scott Muir, Imtiaz Shah, Kennedy Lees. Stroke. 2004;35:1899
3. The 2003 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension: Therapy.

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

Псориаз обыкновенный

Код протокола: 09-102п

Профиль: терапевтический, специальность - дерматовенеролог

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: регресс кожных высыпаний (значительное уменьшение инфильтрации, шелушения).

Длительность лечения: 35 дней

Коды МКБ:

L40 Псориаз обыкновенный

L40.3 Пустулез ладонно-подошвенный

L40.4 Псориаз каплевидный

L40.9 Псориаз неуточненный

Определение: Псориаз — это хронический рецидивирующий генотипический дерматоз мультифакториальной природы, с преимущественной локализацией эпидермальных папул, симметрично расположенных на разгибательных поверхностях конечностей, в области волосистой части головы, с возможным поражением ногтевых пластинок, суставов.

Классификация:

1. Псориаз обыкновенный (вульгарный)
2. Псориаз экссудативный
3. Псориаз себорейный
4. Псориаз рупиоидный
5. Псориаз экзематоидный
6. Псориаз бородавчатый
7. Псориаз фолликулярный
8. Псориаз ладоней и подошв
9. Псориаз ногтей
10. Псориаз пустулезный
11. Псориаз артропатический
12. Эритродермия псориазная

По течению (стадии): прогрессирующая, стационарная, регрессирующая.

Факторы риска: Отягощенный семейный анамнез, травма (физическая, химическая), эндокринные расстройства (беременность, менопауза), психогенные факторы (психо-эмоциональный стресс), метаболические нарушения, инфекция (напр.: гемолитический стрептококк в миндалинах), применение некоторых лекарственных средств (напр.: бета-адреноблокаторы, антималярийные средства), злоупотребление алкоголем.

Критерии диагностики:

1. Папулы розовато-красного цвета, покрыты рыхлыми серебристо-белыми чешуйками, имеющие склонность к периферическому росту и слиянию в бляшки различных размеров и очертаний. Бляшки могут быть изолированными, небольшими или крупными, занимающими обширные участки кожных покровов.
2. Преимущественная локализация - разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей (особенно локти и колени), волосистая часть головы, область поясницы.
3. Псориазная триада:
 - феномен «стеаринового пятна»: характеризующийся усилением шелушения при поскабливании, что придает поверхности папул сходство с каплей стеарина;
 - феномен «терминальной пленки»: после полного удаления чешуек дальнейшим поскабливанием отслаивается тончайшая нежная просвечивающая пленка, покрывающая весь элемент;
 - феномен «кровавой росы» (феномен Ауспитца): при дальнейшем поскабливании, после отторжения «терминальной пленки» на обнажившейся влажной поверхности возникает точечное (капельное) кровотечение.

4. Симптом «наперстка» - точечные углубления на поверхности ногтевых пластинок. Также могут отмечаться разрыхление ногтей, ломкость краев, изменение окраски, поперечные и продольные борозды, деформации, утолщение, подногтевой гиперкератоз.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Микрореакция
2. Общий анализ крови (6 параметров)
3. Общий анализ мочи
4. Кал на яйца глист

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Определение АЛТ
2. Определение АЛТ
3. Определение билирубина
4. Определение сахара крови
5. УЗИ органов брюшной полости

Тактика лечения:

1. Десенсибилизирующая терапия (30% натрия тиосульфат 10,0 внутривенно ежедневно - курсовая доза 10-15 инъекций; 10% кальция глюконат 10,0 внутривенно ежедневно - курсовая доза 10-15 инъекций; 10% кальция хлорид 10,0 внутривенно ежедневно - курсовая доза 10-15 инъекций) - по показаниям.
2. Антигистаминная терапия (при выраженном зуде): клоропирамин 25 мг, цетиризин 10 мг, кетотифен 1 мг.
3. Глюкокортикоиды местного применения: бетаметазон 0,1 % мазь, метилпреднизолон 0,1 % мазь, триамцинолона ацетонид 0,1 % мазь, гидрокортизон 1 % мазь. На область лица и кожных складок следует наносить только слабые глюкокортикостероиды (класс II). Для лечения кожных поражений другой локализации достаточно эффективными средствами считают только сильные и очень сильные глюкокортикостероиды местного применения (классы III-IV). При прогрессирующем псориазе не следует назначать местные или системные глюкокортикостероиды, так как это может вызвать ухудшения заболевания вплоть до развития эритродермической или пустулезной форм, плохо поддающихся лекарственной терапии.
4. Салициловая кислота (мазь). Обычно используют мази с концентрацией от 0,5 до 5% салициловой кислоты. Она обладает антисептическим, противовоспалительным, кератопластическим и кератолитическим действием, может применяться в комбинации с дегтем и кортикостероидами. Салициловая мазь размягчает шелушащиеся слои псориазных элементов, а также усиливает действие местных стероидов путем усиления их всасывания, поэтому часто используется в комбинации с ними. Сама салициловая кислота легко проникает в кожу, ее не применяют на обширных поверхностях и в концентрации больше 2%, а у детей даже 2-процентную мазь накладывают только на ограниченных участках кожи. Непереносимость встречается редко, однако салициловая кислота может вызывать в качестве побочного эффекта усиление воспаления кожи.
5. Нефть нафталанская. Смесь углеводородов и смол, содержит серу, фенол, магний и много других веществ. Препараты нафталанской нефти обладают противовоспалительными, рассасывающими, противозудными, антисептическими, отшелушивающими и репаративными свойствами. Для лечения псориаза применяются 5–10% нафталановые мази и пасты. Часто нафталановая нефть используется в комбинации с серой, ихтиолом, борной кислотой, цинковой пастой.
6. 5% серно-дегтярная мазь, обладающая рассасывающим свойством.
7. Пиритионат цинка. Активное вещество, выпускаемое в виде аэрозолей, кремов и шампуней. Обладает антипролиферативным действием — подавляет патологический рост клеток эпидермиса, находящихся в состоянии гиперпролиферации. Последнее свойство

определяет эффективность препарата при псориазе. Препарат снимает воспаление, уменьшает инфильтрацию и шелушение псориатических элементов. Лечение проводят в среднем в течение месяца. Для терапии больных с поражениями волосистой части головы используют аэрозоль и шампунь (применяют 3 раза в неделю), при поражениях кожи — аэрозоль и крем (наносят 2 раза в сутки). Препарат хорошо переносится, разрешен для применения с 3-летнего возраста.

8. Кальципотриол, аналог витамина D₃, зарегистрирован в качестве лекарственного средства в виде мази, крема и раствора для втирания в волосистую часть кожи головы. Кальципотриол вызывает торможение пролиферации кератиноцитов, ускоряет их морфологическую дифференциацию, воздействует на факторы иммунной системы кожи, регулирующие пролиферацию клеток, обладает противовоспалительными свойствами. Не рекомендуют наносить на лицо и гениталии. Максимально еженедельно можно применять 100 гр. мази, крема или раствора.

9. Ретинола ацетат (114 мг, драже) по 1 драже через 12 часов в течение 1 месяца.

10. В случае упорного течения артропатического, пустулезного псориаза, при отсутствии эффекта от проводимой терапии назначается метотрексат - антагонист фолиевой кислоты, подавляющий клеточный митоз. Назначается в таблетках: 5 мг через 8 часов (15 мг в сутки)- 1 раз в неделю, 2-3 курса; инъекционно 25-50 мг 1 раз в неделю-3-4 инъекций на курс лечения, с учетом противопоказаний.

11. При выраженной форме псориаза в качестве лечения используют фототерапию. Значительное место в лечении псориаза принадлежит длинноволновым УФ-лучам в комбинации с фотосенсибилизаторами (в стационарной стадии).

Перечень основных медикаментов:

1. *30% натрия тиосульфат, амп
2. *10% кальция глюконат, амп
3. 10% кальция хлорид, амп
4. *Хлоропирамин 25 мг, табл
5. *Цетирезин 10 мг, табл
6. *Кетотифен 1 мг, табл
7. *Бетаметазон 0,1 % мазь
8. *Метилпреднизолон 0,1 % мазь
9. *Триамцинолона ацетонид 0,1 % мазь
10. *Гидрокортизон 1 % мазь.
11. *Салициловая кислота 2% мазь
12. *Ретинол 114 мг, драже
13. Активированный уголь 0,25 г, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. 5% серно-дегтярная мазь
2. 5–10% нафталиновые мази и пасты
3. Пиритионат цинка в виде аэрозоли, крема, шампуни
4. Кальципотриол (мазь, крем, раствор)
5. *Метотрексат, таб по 2,5 мг; фл. по 0,005; 0,05 и 0,1 г
6. Преднизолон 5 мг амп, табл.
7. Дексаметазон 4 мг амп.

Критерии перевода на следующий этап:

При эффективности лечения: диспансерное наблюдение 1 раз в 3 месяца.

Критерии перевода в стационар: медленная динамика и отсутствие регресса кожных высыпаний, отсутствие эффекта проводимой терапии.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. British Association of Dermatologists guidelines for use of biological interventions in psoriasis 2005 C.H. Smith, A.V. Anstey, J.N.W.N. Barker, A.D. Burden, R.J.G. Chalmers, D.

Chandler, A.Y. Finlay, C.E.M. Griffiths, K. Jackson, N.J. McHugh, K.E. McKenna, N.J. Reynolds and A.D. Ormerod (Chair of Guideline Group).

2. Psoriasis. Snellman E. Psoriasis. In: EBM Guidelines. Evidence – Based Medicine. (CD-ROM). Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publication Ltd.; 2004 Jun 18 (various). (74 references) www.prodigy.nhs.uk

3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 6. М.Медиа Сфера, 2003г. с. 1865-1867.

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

Рассеянный склероз

Код протокола: 01-118

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: Предотвратить или отсрочить наступление инвалидности, улучшить повседневную активность, уменьшить выраженность спастичности, предотвратить развитие осложнений (контрактуры, пролежни), улучшить качество жизни.

Длительность лечения: индивидуально

Код МКБ: G35 Рассеянный склероз

Определение: **Рассеянный склероз (РС)** - хроническое, прогрессирующее, демиелинизирующее заболевание нервной системы, развивающееся на фоне вторичного иммунодефицита, характеризующееся признаками многоочагового поражения белого вещества головного и спинного мозга, приводящее к тяжелой инвалидизации.

Классификация:

Существует следующие формы РС:

По преимущественной локализации процесса:

- 1.Церебральная
- 2.Спинальная
- 3.Цереброспинальная

По течению заболевания:

1. Рецидивирующая - ремитирующая (ремитирующая) форма между обострениями болезнь не прогрессирует;
2. Первично прогрессирующая форма (постоянное прогрессирование неврологических расстройств отмечается с самого начала болезни);
3. Вторично прогрессирующая форма (постепенное усиление неврологических расстройств);
4. Прогрессирующе - рецидивирующая форма (обострения накладываются на первично прогрессирующее течение)

Факторы риска: Встречается преимущественно у лиц молодого возраста (20-40 лет). Чаще болеют женщины. Развитие РС обусловлено взаимодействием средовых факторов - вирусной инфекцией (например, ретровирусы, вирус кори, краснухи, гриппа), географическим фактором и генетически определяемой восприимчивостью. У прямых родственников больных РС риск возникновения заболевания в 20-50 раз выше, чем в общей популяции.

Патогенез: В основе РС лежит универсальный патологический процесс. Он складывается из комплекса иммунопатологических и патохимических реакций, развивающихся в иммунокомпетентных клетках, клетках нервной системы. Иммунные реакции при РС изменяются, как и при других заболеваниях с аутоиммунным компонентом, то есть характеризуются:

- образованием аутоантител;
- функциональной недостаточностью Т-лимфоцитов;
- нарушением равновесия между активностью комплемента и образованием антител;
- образованием иммунных комплексов.

Показателем аутоиммунной природы патологического процесса при РС является уменьшение числа и активности Т-супрессоров в крови в период обострения заболевания. При переходе стадии обострения РС в ремиссию число Т-супрессоров даже превышает нормальный уровень, а в стадии ремиссии эти показатели находятся в пределах нормы.

Критерии диагностики: Диагностика РС базируется, в основном, на трех основных методах:

- тщательное клиническое наблюдение (признаки многоочагового поражения);
- диагностика с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ);
- нейроиммунологические исследования.

Клинически достоверный диагноз у больных с ремитирующим течением и признаками как минимум двух очагов в белом веществе разных отделов ЦНС.

Вероятный диагноз устанавливается при наличии признаков мультифокального поражения белого вещества, но лишь при одном клинически явном обострении или выявлении признаков 1 очага, но анамнестически не менее 2-ух обострений.

Наиболее информативным и перспективным методом топической диагностики РС является МРТ, которая дает возможность прижизненной визуализации многоочаговости поражения ЦНС при РС и в динамике позволяет судить о стадии процесса демиелинизации у конкретного больного. Однако результаты МРТ, взятые изолированно (без учета клинической картины заболевания), не являются абсолютным критерием в постановке диагноза РС.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация офтальмолога
2. Магнитно-резонансная томография
3. Общий анализ крови
4. Общий анализ мочи
5. Биохимический анализ крови

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Анализ цереброспинальной жидкости
2. Компьютерная томография
3. Консультация ревматолога

Тактика лечения: Лекарственных препаратов, позволяющих излечить РС нет. Главной задачей при терапии РС является достижение стойкой ремиссии, следует помнить, что от своевременно поставленного диагноза в значительной мере зависит эффективность лечения заболевания. Лучшие результаты можно достичь при комбинации лекарственного лечения, реабилитации и соответствующего образа лечения.

Весь комплекс лечебных средств при РС можно подразделить на две основные группы – патогенетические и симптоматические.

Патогенетическое лечение направлено на предупреждение деструкции ткани мозга активированными клетками иммунной системы. Большинство средств этой группы – иммуномодуляторы, которые влияют на иммунорегуляцию, состояние гематоэнцефалического барьера. К ним относятся: иммуносупрессоры – глюкокортикоиды (метилпреднизолон). Иммуномодуляторы - интерферон - бета-1б или его аналоги (наиболее эффективны, позволяют уменьшить число рецидивов и предотвращает образование новых очагов). Рекомендованная доза 0,25 мг (8 млн. МЕ), которая содержится в 1 мл приготовленного раствора, вводят подкожно, через день. Статистически достоверные результаты базовых исследований позволили Американской Ассоциации Неврологии дать интерферону бета-1б самый высокий уровень рекомендаций – рекомендации типа А для лечения рецидивирующе-ремиттирующего и вторично-прогрессирующего РС. Лечение должно быть продолжительным патологический процесс при РС остается чувствительным к терапии бета-интерфероном длительное время. Раннее начало лечения препаратами бета-интерферона уменьшает накопление неврологического дефицита и отодвигает наступление инвалидизации.

Пациенты с обострением РС (включая неврит зрительного нерва) должны получать высокие дозы кортикостероидов. Курс должен быть начат как можно раньше: Метилпреднизолон в/в по 1 г в сутки в течение 3 - 5 дней с последующим переходом на прием внутрь преднизолона. В первую неделю больной принимает преднизолон в дозе 1 мг/кг в сутки, а затем проводит быстрое снижение дозы вплоть до полной отмены в течение 1 – 2 недель. Необходимо избегать частого применения (более 3 раз в год) или продолжительного приема кортикостероидов (более чем 3 недели). Если рецидив вызван вирусной или бактериальной инфекцией, нельзя назначать глюкокортикоиды.

Симптоматическое лечение:

1. Следует уделять внимание поддержанию общего самочувствия, рекомендуют препараты улучшающие микроциркуляцию крови – декстраны на курс лечения 2-3 раза от 200 до

400 мл, ноотропы (винпоцетин 10 мг, по 1 табл 3 раза, курс лечения 1 месяц, депротеинизированный гемодериват из телячьей крови драже от 200 до 600 мг или 40 мг внутри мышечно, комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи в дозе от 50,0 до 100,0 мл внутривенно на курс лечения от 5 до 10 инъекций).

2. Спастичность мышц не всегда вредна, она может в определенной степени облегчать передвижение при слабости мышц нижних конечностей. При лечении спастичности мышц назначаются препараты баклофен (начальная дозировка – 5 мг 2-3 раза в сутки; обычная дозировка – от 20 до 30 мг/сут) или толперизон от 50 до 150 мг/сутки.
3. При нарушении функций мочевого пузыря необходимо назначать адекватное лечение по данным урологического осмотра. Нарушение функций мочевого пузыря может приводить к развитию инфекции мочевыводящих путей. Некоторым больным показаны периодические катеризации, а также промывание мочевого пузыря растворами асептиков и антисептиков^D. Для контроля частоты мочеиспускания назначается десмопрессин 100-400 мкг перорально или 10-40 мкг интраназально один раз в сутки. При недержании мочи показан оксibuтинин от 5 до 15 мг/сутки.
4. При запорах необходимо при помощи слабительных или очистительных клизм добиваться регулярного стула.
5. При диагностике депрессии необходимо назначить антидепрессанты (флувоксамин 50мг-100мг; флуоксетин 20 мг)

Консультации и реабилитационные мероприятия необходимо проводить через определенные промежутки времени. При назначении лечения и реабилитационных мероприятий на приеме у врача желательно присутствовать членам семьи больного.

Перечень основных медикаментов:

1. *Метилпреднизолон 4 мг, табл, порошок для приготовления инъекционного раствора 40 мг, 125 мг, 250 мг, 500 мг
2. *Бетаферон 8 млн МЕ подкожно через день (интерферон - бета-1б, стерильный лиофилизированный порошок)

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Баклофен 10 мг, 25 мг, табл
2. *Толперизон 50 мг драже, 150 мг раствор для инъекций 100 мг
3. *Декстран, раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл
4. Оксibuтинина гидрохлорид 5 мг, табл
5. *Флувоксамин 50 мг, табл
6. *Флуоксетин 10 мг, 20 мг, капс
7. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг, драже
8. *Комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи, раствор для инъекций 5, 10 и 20 мл
9. *Винпоцетин 10 мг, табл
10. *Пиридоксин гидрохлорид 200 мг табл
11. *Тиамин гидрохлорид 100 мг табл
12. *Цианкоболамин 200 мкг табл
13. *Токоферол ацетат масляный раствор в ампулах по 1 мл 5%; 10%, в капсулах 50%
14. *Аскорбиновая кислота раствор для инъекций в ампуле 5%, 10% 2мл, 5 мл

Критерии перевода на следующий этап:

1. Для обследования при подозрении на РС;
2. Прогрессирующее течение;

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002 год
2. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко. М. 2004
3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Выпуск 2. 2003
4. Multiple sclerosis. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and

secondary care National

Institute for clinical excellence. 2004.

2. The use of mitoxantrone for the treatment of multiple sclerosis: report of the Therapeutics and Technology assessment

Subcommittee of the American Academy of Neurology. 2003.

3. The IFNB Multiple Sclerosis Study Group and the University of British Columbia MS/MRI Analysis Group. Interferon beta-1b in treatment of multiple sclerosis. Final outcome of the randomized controlled trial. Final outcome of the randomized controlled trial // Neurology.- 1995.- V. 45.- P. 1277-1285.

4. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н., Хачанова Н.В. Некоторые вопросы терапии препаратами бета-интерферона // Ж. неврол. и психиат. Спец. выпуск: Рассеянный склероз.- 2003.- № 2.-С. 98-102.

5. Gold R. Adherence to treatment: value of patient support. Oral presentation at International Sobering Symposium. Copenhagen, 2004.

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

Ревматизм

Код протокола: 05-050п

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа:

1. Предупреждение повторных атак ОРЛ и прогрессирования ревматического порока сердца (диспансерное наблюдение).
2. Предотвращение бактериемии, возникающей при выполнении медицинских манипуляций.

Длительность лечения: больные находятся на «Д» учете длительно (при повторной ревматической лихорадке, в случае поражения клапанов сердца).

Коды МКБ:

I00 Ревматическая лихорадка без упоминания о вовлечении сердца

I01 Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца

I02 Ревматическая хорея

I05 Ревматические болезни (пороки) митрального клапана

I06 Ревматические болезни (пороки) аортального клапана

I07 Ревматические болезни (пороки) трехстворчатого клапана

I08 Поражения нескольких клапанов сердца

I09 Другие ревматические болезни сердца

M79.0 Ревматизм неуточненный

Определение: Ревматизм - системное воспалительное заболевание соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс сердца и суставов, вызываемое β -гемолитическим стрептококком группы А, возникающее у генетически предрасположенных людей.

Классификация: Классификация Ассоциации ревматологов России (2003г):

1. Клинические варианты: острая ревматическая лихорадка, повторная ревматическая лихорадка;
2. Клинические проявления:
3. Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки
4. Дополнительные: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозиты
5. Исход: выздоровление; хроническая ревматическая болезнь сердца (без порока сердца, порок сердца)
6. Стадия недостаточности.

Факторы риска: влажный климат, плохие социально-экономические условия, скученность, генетическая предрасположенность.

Критерии диагностики:

1. Большие критерии - кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки.
2. Малые критерии - клинические: артралгии, лихорадка; лабораторные: увеличение СОЭ, повышение концентрации СРБ; инструментальные: удлинение интервала PQ на ЭКГ, признаки митральной или аортальной регургитации при доплер-ЭхоКГ,
3. Данные, подтверждающие предшествующую стрептококковую инфекцию.
4. Наличие двух больших критериев или одного большого и 2-х малых критериев, предшествующую В-гемолитическую стрептококковую инфекцию (позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева или положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена, повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител АСЛ-О, анти-ДНК-аза В свидетельствует о высокой вероятности заболевания.

Начало болезни связано с перенесенной стрептококковой носоглоточной инфекцией, сопровождается симптомами интоксикации, артралгии с ограничением пассивных и активных движений, чаще поражаются крупные суставы, характерны летучесть,

симметричность поражения. При острой ревматической лихорадке: лихорадка у 90% больных, подкожные узелки, кольцевидная эритема, хорея, ревмокардит проявляется кардиалгиями, одышкой, ортопноэ, аритмией, при аускультации- характерная для определенного порока сердца шумовая картина.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Определение Ле-клеток-по показаниям.
4. Коагулограмма по показаниям.
5. Определение общего белка.
6. Определение белковых фракций
7. Определение С-реактивного белка.
8. Электрокардиография
9. Определение стрептокиназы.
10. Рентгенография сердца в 3-х проекциях с контрастированным пищеводом.
11. ЭХОКГ (ДОППЛЕР ЭХОКГ).

Перечень дополнительных диагностических мероприятий

1. Бактериологическое исследование мазка из зева.

Тактика лечения: Лечение ревматической лихорадки, ревматизма проводится в стационаре. На амбулаторном этапе осуществляется вторичная профилактика ОРЛ бензатин-бензилпенициллином:

1. Для больных, перенесших ОРЛ без кардита (полиартрит, хорея) – 5 лет;
2. Для больных, перенесших ОРЛ с кардитом проводить профилактику более 5 лет (по крайней мере до достижения больным 25 лет)
3. Больным с клапанным пороком сердца и тем, кому выполнялась хирургическая коррекция порока сердца - в течение всей жизни.
4. Антибактериальная терапия:
5. При наличии у пациента ревматического порока сердца однократно проводится вторичная профилактика бактериального эндокардита.
6. Антибиотики эффективны в предотвращении острой ревматической лихорадки после перенесенного острого тонзиллита³ (градация рекомендаций А)
7. Вторичная профилактика бензатин-бензилпенициллином^D – 2,4 млн ЕД 1 раз в 3 нед – круглогодично.
8. При манипуляциях в полости рта, пищеводе, дыхательных путях:
9. Амоксициллин* 2 г за 1 час до процедуры перорально. При невозможности принять внутрь в/в или в/м ампициллин 2 г за 30 мин до процедуры
10. При аллергии к пенициллину - азитромицин *500 мг или кларитромицин* 500 мг или клиндамицин 600 мг.
11. При аллергии к пенициллину и невозможности приема внутрь в/в клиндамицин* 600 мг или цефазолин* в/в или в/в 1 г.
12. При манипуляциях на желудочно-кишечном и урогенитальном трактах:
13. Амоксициллин *2 г за 1 час до процедуры перорально. При невозможности принять внутрь в/в или в/м ампициллин* 2 г за 30 мин до процедуры
14. При аллергии к пенициллину ванкомицин* 1 г в/в в течение 1-2ч, введение закончить за 30 мин до процедуры.
15. Профилактика: бензатин бензилпенициллин* 2,4млн в/м 1 раз в 3 недели.
16. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): диклофенак натрия *
17. Назначение глюкокортикоидов обосновано при тяжелом кардите, особенно с симптомами сердечной недостаточности: преднизолон* (0,5-2мг/кг веса) каждые 6-12 часов, затем через 2 дня повышают суточную дозу до 120-160мг. Затем при сохранении нормальных показателей СОЭ в течение 1 нед. снижают дозу каждые 2 дня на 5мг. Для

профилактики обострения во время отмены преднизолона и 2 нед. после прекращения назначают лечебную дозу аспирина.

18. Санация очагов инфекции.
19. Симптоматическая терапия:
20. Лечение нарушений ритма: при мерцательной аритмии: дигоксин, антагонисты кальция или амиодарон*, по показаниям - кардиоселективные В-адреноблокаторы: под контролем сердечных сокращений, А/Д, ЭКГ.*
21. Лечение сердечной недостаточности: мочегонные: фуросемид – доза подбирается в зависимости от степени сердечной декомпенсации, при отеком синдроме – верошпирон* 100-300мг/сутки.
22. Препараты калия: аспаркам,* панангин*.
23. Ведение больных с искусственным митральным или аортальным протезом: непрямые антикоагулянты – фенилин *– доза подбирается в зависимости от ПТИ (менее 75 %), варфарин *2,5-5мг/сутки - начальная доза, контроль уровня МНО (2,8-4,4)- 1раз в месяц.

Перечень основных медикаментов:

1. *Бензатин-бензилпенициллин порошок для инъекций во флаконе 1 200 000 ЕД, 2 400 000 ЕД
2. Диклофенак натрия 25 мг, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Преднизолон 5 мг, табл
2. *Дигоксин 0,025 мг, табл
3. *Амиодарон 200 мг, табл
4. *Фуросемид 40 мг, табл
5. *Аспаркам 0,5 г, табл
6. *Варфарин 2,5 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап лечения: обострение острой ревматической лихорадки. При обострении ОРЛ госпитализируют всех пациентов, активность 2-3 ст., неэффективность лечения при 1 ст. активности в течение 2-х недель, появление осложнений.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

- 1 Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.
- 1 Б.С. Белов Острая ревматическая лихорадка: современное состояние проблемы. РМЖ, Том 12 № 6, 2004
3. Reactive arthritis and rheumatic fever. EBM Guidelines. 20.6.2004. www.ebm-guidelines.com

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

Рожа

Код протокола: 09-101с

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: Этиотропная терапия, дезинтоксикационная по строгим показаниям; купирование клинических проявлений

Длительность лечения: 10 дней

Код МКБ: A46 Рожа

Определение: **Рож** – острое инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся местным воспалением кожи, интоксикацией и лихорадкой, поражающее поверхностную лимфатическую систему.

Классификация:

1. По характеру местных проявлений:

- эритематозная;
- эритематозно-буллезная;
- эритематозно-геморрагическая;
- буллезно-геморрагическая.

2. По степени интоксикации:

- легкая (интоксикация 1 степени);
- среднетяжелая (интоксикация 2 степени);
- тяжелая (интоксикация 3 степени).

3. По распространенности местных процессов:

- локализованная;
- распространенная;
- блуждающая (мигрирующая или ползучая);
- метастатическая.

4. По кратности:

- первичная;
- рецидивирующая;
- повторная.

5. По локализации рожистого воспаления:

- ноги;
- лицо;
- руки.

6. Другая локализация (промежность, ягодицы, живот, молочные железы)

Факторы риска: возбудитель заболевания – В-гемолитический стрептококк группы А

Первичная рожа (экзогенная) – первичное инфицирование кожи стрептококком при ссадинах, царапинах, потертостях, микротравмах и пр.; предшествующая ангина или любой другой острый бактериальный процесс ЛОР-органов.

Рецидивирующая рожа (эндогенная) – переохлаждение, переутомление, переинсоляция, психо-эмоциональный стресс. А также: нарушение лимфооттока и лимфостаз, микоз стоп, опрелости кожи между пальцев ног, хроническая венозная недостаточность и трофические язвы ног, хроническая патология ЛОР-органов, сухая кожа и глубокие трещины подошв и пр.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Консультация инфекциониста

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Микрореакция

2. Электрокардиография
3. Кровь на сахар

Тактика лечения:

Первичная, повторная рожа:

1. Режим постельный

2. Антибиотики парентерально. Препарат выбора – бензилпенициллин, суточная доза зависит от тяжести течения. При легком течении 4-6 млн в сутки. При отсутствии эффекта от лечения (сохранение лихорадки, интоксикации, отсутствие регресса местного воспалительного процесса) – цефалоспорины 1 или 2 поколения. При непереносимости пенициллина, линкозамиды (клиндамицин 1,8-2,4 г/сутки). Курс терапии 7 суток.

Рецидивирующая рожа, стадия обострения:

Бензилпенициллин в сочетании с аминогликозидами (гентамицин 240 мг/сутки) или фторхинолонами (ципрофлоксацин 1 г/сутки). Курс терапии 7 дней.

Перечень основных медикаментов

1. *Бензилпенициллин, порошок для инъекций во флаконе 500 000 ЕД, 1 000 000 ЕД

Перечень дополнительных медикаментов

1. *Линкомицин, раствор для инъекций 30% 1 мл, 2 мл
2. Клиндамицин
3. Гентамицин
4. *Ципрофлоксацин 250, 500 мг, табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Индометацин
2. *Хлоропирамин 25 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап: Наличие осложненных и тяжелых форм, требующих неотложной консервативной терапии или хирургического вмешательства, требует направления на стационарное лечение.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей. Доказательная медицина. “Гэотар-Медицина”, 2003г.,
2. Черкасов В. Л. Рожа. 1986г.

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

Хроническая обструктивная болезнь легких

Код протокола: 04-0436

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: снижение темпов прогрессирования заболевания, ведущего к нарастанию бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности.

Длительность лечения: 12-14 дней

Коды МКБ:

J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь

J42 Хронический бронхит неуточненный

Определение: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – первично хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы; оно характеризуется ограничением воздушного потока с развитием необратимой или частично обратимой бронхиальной обструкцией. Снижение проходимости дыхательных путей носит прогрессирующий характер и связано с воспалительным ответом легких на пылевые частицы или дым, табакокурение, загрязнение атмосферного воздуха.

Классификация:

- стадия 0. Стадия риска ХОБЛ - хронический кашель и выделение мокроты; функции легких в норме.

- стадия I. Легкая ХОБЛ - невыраженная (легкая) бронхообструкция ($\text{ОФВ1}/\text{ЖЕЛ} < 70\%$, но $\text{ОФВ1} \geq 80\%$ от должных значений) и, как правило, но не всегда, имеется хронический кашель и выделение мокроты.

- стадия II. ХОБЛ средней тяжести - прогрессирование бронхообструкции ($50\% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$ от должных значений) и обычно прогрессирование симптомов, одышка развивается при физической нагрузке.

- стадия III. Тяжелая ХОБЛ - дальнейшее прогрессирование бронхообструкции ($30\% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$ от должных значений), прогрессирование одышки и частые обострения, которые влияют на качество жизни.

- стадия IV. Очень тяжелая ХОБЛ - тяжелая бронхообструкция ($\text{ОФВ1} < 30\%$ от должных значений) или наличие хронической дыхательной недостаточности. У больного может быть (IV стадия) даже, когда $\text{ОФВ} > 30\%$ от должных значений, но при наличии этих осложнений.

Факторы риска: Наиболее важным фактором риска ХОБЛ является курение. Далее следуют запыленность и химикаты (раздражающие вещества, пары, испарения) на рабочем месте, загрязнения воздуха жилых помещений продуктами сгорания органического топлива, загрязнение окружающего воздуха, пассивное курение, инфекции дыхательных путей в раннем детском возрасте, генетическая предрасположенность (у некурящих лиц моложе 40 лет заболевание связывают с дефицитом альфа1-антитрипсина)

Критерии диагностики:

- Хронический кашель (ежедневный, часто продолжается целый день; изредка только ночью),

- Хроническое выделение мокроты (любой случай хронического выделения мокроты может указывать на ХОБЛ),

- Острые бронхиты (многократно повторяются),

- Одышка (прогрессирующая. Постоянная, усиливается при физической нагрузке, инфекциях дыхательных путей)

- Анамнез, указывающий на факторы риска

Диагноз ХОБЛ должен быть подтвержден спирометрией:

- Прогрессирующее снижение ОФВ1

- Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) - (FVC)

- Объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) - (FEV₁)

Подсчитывается отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ (FEV₁/FVC)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация терапевта
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Микрореакция
5. Общий анализ мокроты
6. Флюорография
7. Исследование функций внешнего дыхания

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Цитология мокроты
2. Исследование мокроты на БК
3. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
4. Рентгенография органов грудной клетки
5. Фибробронхоскопия
6. Консультация пульмонолога
7. Консультация отоларинголога
8. Газовый состав крови

Тактика лечения: главным является снижение темпов прогрессирования заболевания. Первым и наиболее действенным методом для этого служит прекращение курения. Любые консультации, о вреде курения эффективны и должны использоваться при каждом приеме. Основой симптоматического лечения ХОБЛ являются бронхолитические средства, предпочтительно в ингаляциях.

- Назначаются «по мере надобности», чтобы устранить временные или ухудшающиеся симптомы, и на регулярной основе – для профилактики и уменьшения персистирующих симптомов.

- Выбор между различными группами бронхолитиков и их комбинацией зависит от наличия в арсенале лекарственных средств и индивидуальной реакции с точки зрения устранения симптомов и возникновения побочных эффектов.

- Регулярное лечение длительно действующими бронходилататорами намного эффективнее и удобнее, чем лечение бронхорасширяющими препаратами короткого действия, но дороже.

- Комбинация лекарств с различными механизмами и длительностью действия повышает степень расширения бронхов для взаимного уравнивания или уменьшения побочных эффектов.

- Теофиллин эффективен при ХОБЛ, но из-за потенциальной его токсичности наиболее предпочтительны ингаляционные бронходилататоры, если они есть в наличии.

Ингаляционные кортикостероиды регулярно используются только для пациентов с:

- Клиническим улучшением и зафиксированным положительным спирометрическим ответом на пробный курс ингаляционных кортикостероидов или

- ОФВ₁ < 50% от должных значений и повторных обострениях (например, 3 раза за последние 3 года).

Длительное лечение ингаляционными кортикостероидами может облегчить симптомы в тщательно отобранной группе пациентов, но не уменьшает прогрессивное снижение ОФВ₁.

- При всех стадиях ХОБЛ необходимы: исключение факторов риска, ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной и бронходилататоры короткого действия по потребности^A. При легкой (1 стадии ХОБЛ) и отсутствии клинических проявлений заболевания больной не нуждается в регулярной лекарственной терапии.

- Больным с интермиттирующими симптомами показан один из ингаляционных бета₂-агонистов или М-холинолитики короткого действия (сальбутамол - 200-400 мкг, фенотерол -

200-400 мкг), ипратропия бромид 40 мкг, беродуал (фиксированная комбинация фенотерола и ипратропия бромида).

- При стадиях 2-4 добавить регулярное лечение одним или более длительно действующими бронходилататорами (сальметерол-50 мкг или формотерол-12 мкг два раза в сутки).

- При 3-4 стадиях показано регулярное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (беклометазон дипропионат - 600-800 мкг в сутки, будесонид – 800-1600 мкг в сутки, или флутиказон пропионат– 250-1000 мкг в сутки). Системные глюкокортикостероиды при стабильном лечении не рекомендуются.

- Муколитики (амброксол) назначают только больным с вязкой мокротой.

- Антибактериальную терапию назначать при наличии гнойной мокроты с учетом антибиотикограмм. Предпочтение отдается препаратам макролидов новых генераций (спирамицин), амоксициллин+клавулановая кислота (амоксиклав), клиндамицин в сочетании с муколитиками (спирамицин 3 000 000 ЕД х 2 раза, 5-7 дней, амоксиклав 625 мг х 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг х 2 раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 х 1-2 раза, 5 дней, метронидазол 100 мл в/в капельно). По получению результатов бактериологического исследования в зависимости от клинического эффекта и выделенной микрофлоры вносятся коррективы в лечение (цефалоспорины, фторхинолоны и др.).

- Важное место в лечении ХБ принадлежит методам лечебной дыхательной гимнастики, направленных на улучшение дренажной функции бронхиального дерева и тренировку дыхательной мускулатуры. Одновременно с этим, определенное значение имеют физиотерапевтические методы лечения и лечебный массаж дыхательной мускулатуры.

Перечень основных медикаментов:

1. *Бекламетазон аэрозоль 200 доз
2. *Ипратропия бромид аэрозоль 100 доз
3. *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; раствор для небулайзера 20 мл
4. *Теофиллин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг
5. *Фенотерол аэрозоль 200 доз
6. *Ипратропия бромид 21 мкг+фенотерола гидробромид 50 мкг
7. *Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл
8. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг
9. *Азитромицин 500 мг
10. *Метронидазол 100 мл , флакон

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Аминофиллин раствор для инъекций 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл
2. *Салметерол аэрозоль для ингаляции 25 мкг/доза
3. *Флутиказон аэрозоль 120 доз
4. *Кларитромицин 500 мг, табл.
5. *Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. Субфебрильная температура более 3 дней;
2. Снижение показателей ФВД более 10 % от исходных ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, Тифно);
3. Нарастание дыхательной недостаточности и признаки сердечной недостаточности

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

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Краткое руководство для врачей и медсестер по хронической обструктивной болезни легких. Диагностика, лечение и профилактика. Национальный Институт здоровья США, ВОЗ, 2004.
2. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.
3. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Вып. 3, изд-во Медиа Сфера, 2004
4. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 1. М. Медиа Сфера, 2003, с 82-100
5. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЕОТАР, 2002.
6. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005

*-препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

Хронический обструктивный бронхит

Код протокола: 04-042

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: Уменьшить выраженность симптомов; предотвратить развитие обострений; поддерживать оптимальную функцию легких; повысить повседневную активность, качество жизни и выживаемость

Длительность лечения: 10 дней

Код МКБ: J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический

Определение: **Хронический обструктивный бронхит** - хроническое прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит дегенеративно-воспалительное неаллергическое поражение слизистой трахеобронхиального дерева, обычно развивающееся в результате длительного раздражения воздухопроводящих путей вредными агентами с перестройкой секреторного аппарата и склеротическими изменениями в бронхиальной стенке характеризуется кашлем с выделением мокроты не менее 3 мес. в течение более 2 лет подряд; диагноз ставится после исключения других возможных причин длительного кашля.

Классификация:

Простой (катаральный) хронический обструктивный бронхит;

Слизисто-гнойный хронический обструктивный бронхит;

Гнойный хронический обструктивный бронхит.

Факторы риска: Наиболее важным фактором риска хронического обструктивного бронхита является курение, табачный дым, озон. Далее следуют запыленность и химикаты (раздражающие вещества, пары, испарения) на рабочем месте, загрязнения воздуха жилых помещений продуктами сгорания органического топлива, загрязнение окружающего воздуха, пассивное курение, инфекции дыхательных путей в раннем детском возрасте.

Критерии диагностики:

Хронический кашель (приступообразный или ежедневный. Часто продолжается целый день; изредка только ночью) и хроническое выделение мокроты – не менее 3 месяцев в течение более 2 лет; нарастающая по времени экспираторная одышка, варьирующая в очень широких пределах – от ощущения одышки при незначительных физических нагрузках до тяжелой дыхательной недостаточности, определяемой даже при незначительных физических упражнениях и в покое.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация терапевта
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Микрореакция
5. Общий анализ мокроты,
6. Флюорография
7. Исследование функций внешнего дыхания с фармакологической пробой

Перечень дополнительных мероприятий:

1. Цитология мокроты
2. Исследование мокроты на БК
3. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
4. Рентгенография органов грудной клетки
5. Консультация пульмонолога
6. Консультация отоларинголога
7. Компьютерная томография

Тактика лечения: главным является снижение темпов прогрессирования заболевания. Первым и наиболее действенным методом для этого служит прекращение курения. Любые консультации, о вреде курения эффективны и должны использоваться при каждом приеме.

При простом (катаральном) хроническом обструктивном бронхите основным методом лечения является использование отхаркивающих средств, направленных на нормализацию мукоцилиарного клиренса и профилактики присоединения гнойного воспаления. В качестве отхаркивающих можно использовать препараты рефлекторного действия термопсис и эпикуана, алтей, багульник или резобитивного действия - йодистый калий, бромгексин; или муколитики и мукорегуляторы - амброксол, ацетилцистеин, карбоцистеин, которые разрушают мукополисахариды и нарушают синтез сиаломуцинов мокроты. При обострении процесса проводят 1-2 недельные антибактериальную терапию с учетом антибиотикограмм. Предпочтение отдается препаратам макролидов новых поколений, амоксициллин+клавулановая кислота, клндамицин в сочетании с муколитиками. При обострениях заболевания назначают антибактериальную терапию (спирамицин 3000 000 ЕД х 2 раза, 5-7 дней, амоксиклав 625 мг х 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг х 2 раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 х 1 раз, 5 дней). При гипертермии назначают парацетамол. По получению результатов бактериологического исследования в зависимости от клинического эффекта и выделенной микрофлоры вносятся коррективы в лечение (цефалоспорины, фторхинолоны и др.). Важное место в лечении ХБ принадлежит методам лечебной дыхательной гимнастики, направленных на улучшение дренажной функции бронхиального дерева и тренировку дыхательной мускулатуры. Одновременно с этим, определенное значение имеют физиотерапевтические методы лечения и лечебный массаж дыхательной мускулатуры.

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р\сут в течение 10 дней.

Основой симптоматического лечения хронического бронхита являются бронхолитические средства, предпочтительно в ингаляциях - фиксированная комбинация фенотерола и ипратропия бромид.

Ингаляционные кортикостероиды регулярно используются только для пациентов с:

- Клиническим улучшением и зафиксированным положительным спирометрическим ответом на пробный курс ингаляционных кортикостероидов или
- ОФВ1 < 50% от должных значений и повторных обострениях (например, 3 раза за последние 3 года).
- Необходимо исключить факторы риска, необходима ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной и бронходилататоры короткого действия по потребности.

Перечень основных медикаментов:

1. *Ипратропия бромид аэрозоль 100 доз, ипратропия бромид 21 мкг.
2. *Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; раствор для небулайзера 20 мл
3. *Теofilлин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг
4. *Фенотерол аэрозоль 200 доз
5. *Салметерол аэрозоль для ингаляции 250 мкг/доза
6. **Амброксол сироп 15 мг/5 мл; 30мг/5 мл; раствор 7,5 мг/мл
7. **Амоксициллин пероральная суспензия 250 мг/5 мл
8. **Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг
9. **Парацетамол сироп 2,4% во флаконе; суспензия; суппозитории 80 мг
10. *Азитромицин 500 мг
11. Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
12. *Метронидазол 250 мг, табл.
13. *Ипратропия бромид 21 мкг+фенотерола гидробромид 50 мкг

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Аминофиллин раствор для инъекций 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл
2. *Бекламетазон аэрозоль 200 доз
3. *Флютиказон аэрозоль 120 доз
4. *Кларитромицин 500 мг, табл.
5. *Спирамицин 3 млн. ЕД, табл.

Критерии перевода на следующий этап:

1. Субфебрильная температура более 3 дней и выделение гнойной мокроты;
2. Снижение показателей ФВД более 10 % от исходных ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, Тифно;
3. Нарастание дыхательной недостаточности и признаки сердечной недостаточности.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЕОТАР, 2002.
2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 1. М. Медиа Сфера, 2003.
3. Краткое руководство для врачей и медсестер по хронической обструктивной болезни легких. Диагностика, лечение и профилактика. Национальный Институт здоровья США, ВОЗ, 2004.
4. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.
5. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Хронический панкреатит и другие болезни поджелудочной железы

Код протокола: 07-703

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа:

1. Обеспечение ремиссии
2. Профилактика осложнений

Длительность лечения: 14 дней.

Коды МКБ:

K86 Другие болезни поджелудочной железы

K86.0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии

K86.1 Другие хронические панкреатиты

K86.2 Киста поджелудочной железы

K86.3 Ложная киста поджелудочной железы

K86.8 Другие уточненные болезни поджелудочной железы

Определение: Хронический панкреатит - это воспалительно-деструктивный процесс в поджелудочной железе, характеризующийся фокальными некрозами в сочетании с диффузным или сегментарным фиброзом, развитием функциональной недостаточности и прогрессированием после прекращения воздействия этиологических факторов.

Классификация хронического панкреатита (Марсель-Рим, 1988)

1. Хронический кальцифицирующий
2. Хронический обструктивный
3. Хронический фиброзно-индуративный
4. Хронические кисты и псевдокисты поджелудочной железы

Классификация хронического панкреатита (А.Л. Гребенев, 1982, М.Н. Сакович, 1999, с изменениями)

I. По этиологии и патогенезу:

1. Первичный: алкогольный; алиментарный; токсический, в том числе, лекарственный; вирусный; идиопатический.

2. Вторичный:

- билиарнозависимый
- обусловленный болезнями двенадцатиперстной кишки
- дистрофически-метаболический (вследствие хронических болезней печени, язвенного колита, синдрома мальабсорбции и гипоксии, гипоксемии любого генеза)

- сосудистого генеза

- при ожирении

- обусловленный гельминтозами

- обусловленный эпидемическим паротитом и другими вирусными болезнями

II. По морфологическим признакам: кальцифицирующий; обструктивный; фиброзно-склеротический (индуративный);

ретенционные кисты и псевдокисты.

III. По клиническим признакам:

1. Рецидивирующий: в фазе обострения; в фазе ремиссии.

2. Болевой: с постоянными болями; с приступами панкреатической колики.

3. Псевдотуморозный: с холестазом; с нарушением проходимости двенадцатиперстной кишки.

4. Безболевой

5. Латентный

IV. По признакам нарушения функций поджелудочной железы:

1. С экскреторной недостаточностью

2. С инкреторной недостаточностью

3. С экскреторной и инкреторной недостаточностью

V. По степени тяжести*: легкая, средней тяжести, тяжелая

VI. Осложнения:

1. Ранние: механическая желтуха; ретенционные кисты; псевдокисты; желудочно-кишечные кровотечения; гепатаргия;

портальная гипертензия.

2. Поздние: стеаторея и другие признаки мальдигестии и мальабсорбции; дуоденальный стеноз; энцефалопатия;

артропатии; сосудистые нарушения; локальные инфекции.

***Степени тяжести хронического панкреатита**

Легкая степень характеризуется отсутствием признаков внешне- и внутрисекреторной недостаточности. Клинические признаки (боль, диспепсия) выражены умеренно. Возможно повышение активности панкреатических ферментов в крови и моче. Обострения 1-3 раза в год.

Среднетяжелая степень характеризуется отчетливыми клинико-лабораторными нарушениями, наличием внешне- и внутрисекреторной функций поджелудочной железы, сопутствующими поражениями других органов пищеварения. Возможно похудание. Обострения 4-5- раз в год.

Тяжелая степень характеризуется выраженными клинико-лабораторными проявлениями, упорными “панкреатическими” и панкреатогенными поносами, белковой недостаточностью, полигиповитаминозом, прогрессирующим истощением, закономерным поражением других органов и систем. Обострения 6-7 раз в год и чаще.

Факторы риска:

Алкоголь

Желчнокаменная болезнь

Метаболические нарушения (обменные и гормональные нарушения).

Наследственный хронический панкреатит

Аутоиммунный панкреатит, связанный с первичным склерозирующим холангитом, первичным биллиарным циррозом и синдромом Шегрена.

Операции, травмы поджелудочной железы.

Вирусные инфекции.

Острые нарушения кровообращения в поджелудочной железе.

Аллергические реакции, токсические воздействия (уремия при трансплантации почек), дефицит антиоксидантов в пище.

Гиперпаратиреоз- увеличение кальция в крови.

Критерии диагностики:

1. Рецидивирующий болевой абдоминальный синдром (чаще в области передней брюшной стенки с иррадиацией в спину, связанные с диетическими перегрузками, приемом алкоголя). Язвенноподобный болевой синдром, напоминает клинику левосторонней почечной колики с нарушением моторики.

2. Снижение массы тела (синдром мальабсорбции).

3. Диарея.

4. Недостаточность внешнесекреторной функции (стеаторея, гипокальциемия, гиповитаминоз)

5. Недостаточность внешнесекреторной функции (нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет)

6. Для хронического фиброзно-индуративного панкреатита характерна перемежающаяся желтуха.

7. Рентгенологические признаки: кальцинаты поджелудочной железы, смещение, сужение просвета и развернутые контуры петли 12 п.к. в состоянии гипотонии.

8. УЗИ, КТ- и ЯМР-признаки: увеличение размеров, эхоплотности, наличие кальцинатов,

опухоли или киста.

9. ЭРХПГ: деформация и диффузное расширение протока, имеет неправильный четкообразный вид, выявление камней и стриктур главного протока и его боковых ветвей.
10. Лабораторные признаки: во время болевого приступа - повышение уровня амилазы сыворотки (больше 2000 ЕД), лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. При обструкции желчевыводящих путей – повышение уровня щелочной фосфатазы, АЛТ и билирубина. Концентрация С-реактивного белка сыворотки крови служит надежным показателем тяжести панкреатита. Значительное повышение (трехкратное) АЛТ или АСТ говорит в пользу биллиарной этиологии панкреатита^С.
11. Гипоальбуминемия, изменения показателей коагулограммы, гипергликемия, стеаторея, снижение активности липазы в дуоденальном содержимом.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Амилаза мочи, крови.
2. Общий анализ крови.
3. Определение С-реактивного белка.
4. Определение АЛТ или АСТ
5. Определение общего билирубина и фракций.
6. Определение щелочной фосфатазы.
7. ГГТП.
8. Липаза крови.
9. Глюкоза крови, сахарная кривая.
10. Кал на копрограмму.
11. УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря.
12. Консультация гастроэнтеролога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мочи.
2. Кальций крови.
3. Коагулограмма.
4. Сахар с нагрузкой.
5. Определение общего белка и фракций.
6. Обзорный рентгеновский снимок брюшной полости (по показаниям).
7. Компьютерная томография органов брюшной полости (по показаниям).
8. Лапароскопия с биопсией поджелудочной железы (по показаниям).
9. Консультация эндокринолога, хирурга (по показаниям).

Тактика лечения:

- Прекратить употребление алкоголя пациентом.
- Лечение сахарного диабета (инсулин необходимо назначать в небольших дозах, помня о легко возникающей гипогликемии)
- При болях и стеаторее дробное питание с низким содержанием жиров и не содержать клетчатки.

Лечение предусматривает проведение заместительной (панкреатин 50 000-150 000 ЕД*, панцитрат*), антисекреторной (фамотидин* 40-80 мг., омепразол 20-40 мг. в сутки), противовоспалительной терапии (в/в кап. раствор тиосульфата натрия*) и начинается со снятия болевого синдрома и спазмолитической терапии.

-При дуоденостазе: - лечение в стационаре (в/в 20мг фамотидина* через каждые 8 часов, внутрь - буферные антациды через каждые 2-3 часа).

-На поликлиническом этапе продолжают лечение:

-Диета №5.

-Пищеварительные ферменты (панкреатин).

-Блокаторы протонной помпы (омепразол, рабепразол)

-Больные с ХП подлежат диспансерному наблюдению (повторный осмотр и обследование в

амбулаторно-поликлинических условиях) дважды в год.

Перечень основных медикаментов:

1. *Панкреатин, таблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД
2. Гимекромон 200 мг
3. *Пирензипин 2,0 мл, амп
4. *Фамотидин 20 мг; 40 мг. табл.; амп.
5. *Ранитидин, 150 мг, 300 мг, табл.
6. *Омепразол 20 мг, табл
7. Рабепразол 10 мг, табл
8. *Комбинированные препараты, содержащие гидроокись алюминия, гидроокись магния
15мл, суспензия для приема внутрь
9. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. * Натрия хлорид, раствор для инфузий и инъекций

Критерии перевода на следующий этап:

Выраженный болевой синдром и диспепсия, выраженные изменения в анализах крови, частые рецидивы заболевания, неэффективность амбулаторного лечения, появление осложнений.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Chronic pancreatitis. EBM Guidelines. 4.3.2005
2. 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.
3. Treatment of pancreatic exocrine dysfunction. EBM guidelines.2005.
4. Pancreatic insufficiency. EBM guidelines. 2004.
5. В.Т.Ивашкин, Г.А. Минасян. Лечение хронического панкреатита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, 1996г., т.6,№4,стр. 10-17
6. А.В.Охлобыстин. Современная тактика лечения хронического панкреатита. Contilium Medicum,т.4, №6, 2002г.
7. Paris G.K. Drag invest ,1996 №5, p. 229-237
8. Karlsson Sven, Ahren B.O. Scand G Gastroenterol,1992,№27,p.27:161-5
9. Ю.А. Кучерявый. Оценка эффективности комбинированной антисекреторной и полиферментной терапии при хроническом панкреатите с тяжелой внешнесекреторной недостаточностью. . Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, 2004г.,т.14, №2,стр.78.

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

Хронический холецистит

Код протокола: 07-704

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа:

1. Обеспечение ремиссии
2. Профилактика осложнений

Длительность лечения: 10 дней.

Коды МКБ:

K80 Желчнокаменная болезнь (холелитиаз)

K81 Холецистит

K82 Другие болезни желчного пузыря

K83 Другие болезни желчевыводящих путей

K83.4 Спазм Сфинктера Одди

K87 Поражения желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках

Определение: Хронический холецистит - это полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря продолжительностью свыше 6 месяцев, сопровождающееся моторно-тоническими нарушениями желчевыводящих путей и изменениями физико-химических свойств желчи, может сопровождаться образованием в желчном пузыре камней, моторно-тоническими нарушениями билиарной системы. Воспалительный процесс провоцируется камнем, аномалией развития пузыря, дискинезией последнего. Возможно проникновение инфекции по желчным протокам и ходам с развитием холангита и поражение самой печеночной ткани с развитием холангиогепатита.

ЖКБ-симптомокомплекс, включающий не столько образование камней, сколько наличие типичной желчной колики.

Классификация:

Классификация хронического холецистита (С. Циммерман, 1992)

I. По этиологии и патогенезу: бактериальный; вирусный; паразитарный; немикробный (асептический, иммуногенный); аллергический; "ферментативный"; невыясненной этиологии.

II. По формам: некалькулезный; калькулезный.

III. По типу дискинезии:

1. Гиперкинез желчного пузыря
2. Гипокинез желчного пузыря (с нормотонией, гипотонией)
3. Гипертонус сфинктера Одди
4. Гипертонус сфинктера Люткенса
5. Гипертонус обоих сфинктеров

IV. По характеру течения:

1. Редко рецидивирующий
2. Часто рецидивирующий
3. Постоянного (монотонного) течения
4. Маскировочный (атипичного течения)

V. По фазе: обострение; затухающее обострение; ремиссия (стойкая, нестойкая);

VI. Основные клинические синдромы:

1. Болевой
2. Диспепсический
3. Вегетативной дистонии
4. Правосторонний реактивный (ирритативный)
5. Предменструального напряжения
6. Солярный
7. Кардиалгический (холецисто-кардиальный)

8. Невротически-неврозоподобный

VII. Степени тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелая

VIII. Осложнения:

1. Реактивный панкреатит
2. Неспецифический реактивный гепатит
3. Перихолецистит
4. Хронический дуоденит и перидуоденит
5. Дуоденальный стаз
6. Прочие

Классификация хронического холецистита (Ногаллер А.М., 1979, Даулетбакова М.И., 1995)

I. По клиническому типу: некалькулезный, калькулезный

II. По течению: рецидивирующий, часто рецидивирующий

III. По фазе: обострение, ремиссия

IV. По наличию дискинезий, или осложнений некалькулезного холецистита:

1. С дискинезией желчного пузыря (гипертонической, гипотонической)
2. Осложненный перихолециститом, холангитом, реактивным гепатитом, панкреатитом, и другими заболеваниями

V. По степени тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелая

*Степени тяжести хронического холецистита

Легкая - обострения 1-2 раза в год, клинические проявления незначительно выражены, возможны единичные приступы желчной колики. Вне обострения - невыраженная диспепсия, незначительные боли в правом подреберье. Трудоспособность сохранена.

Средней тяжести - обострения 3-4 раза в год, иногда с приступами желчной колики, клинические проявления выражены. Вне обострения сохраняются диспепсия, умеренные боли в правом подреберье и функциональные расстройства желчевыводящих путей. Возможны осложнения: холангит, реактивный панкреатит, неспецифический реактивный гепатит, дуоденит, дискинезии кишечника. Трудоспособность сохранена, либо снижена.

Тяжелая - обострения 5 раз в год и чаще, возможны ежемесячные приступы желчной колики. Клинические признаки резко выражены. Вне обострения сохраняются значительные проявления в связи с перихолециститом, нарушением моторики желчных путей и концентрационной функции желчного пузыря. Закономерны осложнения, характерные для средней степени тяжести, а также воспалительные стриктуры желчных путей, вторичный билиарный цирроз печени, обструктивный панкреатит и др. Трудоспособность снижена, либо утрачена.

Факторы риска:

- заболевания органов желудочно-кишечного тракта
- наличие паразитов (лямблий, аскарид)
- травмы желчного пузыря и печени
- наличие очагов хронической инфекции
- нарушения иммунного статуса
- частые запоры
- нерегулярное питание
- частые переживания
- малоподвижный образ жизни
- беременность
- алкоголь, курение.

Критерии диагностики:

1. Клинические: болевой абдоминальный синдром (правое подреберье с иррадиацией в правую

диагностики: ключицу, плечевой сустав, лопатку, связанная с диетическими перегрузками, диспепсический синдром (тошнота, рвота, отрыжка горечью), субфебрильная температура (редко)

2. Инструментальные: УЗИ, КТ (наличие конкрементов, увеличение или уменьшение размеров желчного пузыря, утолщение его стенок), рентгенологические (выполняют пероральную или внутривенную холецистографию).

3. Лабораторные: выявление дискинетических расстройств при дуоденальном зондировании, а также воспалительных элементов и паразитов при микроскопии порции В, а также инфекционных агентов при ее посеве; в крови возможны нейтрофильный лейкоцитоз и ускорение СОЭ, а также изменение функциональных проб печени и поджелудочной железы при их реактивном воспалении.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Определение глюкозы
3. Определение щелочной фосфатазы
4. Определение билирубина и фракции
5. Определение холестерина
6. УЗИ органов брюшной полости
7. Эзофагогастродуоденоскопия
8. Общий анализ мочи
9. Исследование кала на копрологию
10. Определение АЛТ
11. Определение АСТ
12. Определение с-реактивного белка
13. Определение общего белка

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Определение диастазы крови
2. Определение белковых фракций крови
3. Исследование дуоденального содержимого (без зондирования)
4. Посев биол. Жидкости с отбором колоний.
5. Холангиохолецистография внутривенная (по показаниям)
6. Холецистография пероральная (по показаниям).
7. Пункционная прицельная биопсия печени (по показаниям)
8. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. (по показаниям)
9. Компьютерная томография печени, желчного пузыря (по показаниям)

Тактика лечения:

Лечение предусматривает проведение антибактериальной, противовоспалительной, холеретической, спазмолитической терапии на фоне диетического режима и зависит от основного заболевания, наличия осложнений, тяжести состояния.

Лекарственная терапия:

1. Назначают один из следующих антибактериальных препаратов: синтетические пенициллины (ампицилин* 2 г/сутки - 10 дней), макролиды (эритромицин* 2г/сутки, кларитромицин* 1г/сутки, спирамицин* 6 МЕ/сутки -10 дней), тетрациклины (доксциклин *100-200 мг/сутки -10 дней), фторхинолоны (ципрофлоксацин* 1г/сутки - 10 дней), цефалоспорины (цефуроксим*750мг/с, цефтазидим* 1-6 г/сутки-10 дней). При наличии лямблиоза показан один из следующих препаратов: орнидазол* 1г/сутки - 5 дней или метронидазол *1г/сутки - 10дней. Препаратами выбора являются: ко-тримоксазол* - 2 недели, интетрикс.
2. С целью нормализации коллоидных свойств желчи назначают урсодезоксихолевую* кислоту 500 мг/сутки, эффективность которой доказана.
3. Для связывания желчных кислот показаны алюминийсодержащие антациды по 15 млх4раза в день через 1,5-2 часа после еды.
4. При гипертонической дискинезии желчного пузыря назначают один из спазмолитиков: пинавериум бромид*-100-150 мг/сутки, гимекромон 600 мг/сутки, бускопан 10мгх3раза,* галидор* 2,0млх2-3 раза в сутки.

5. При гипотонической дискинезии показаны холецистокинетики: домперидон* или метоклопрамид* 30-40 мг/сутки, сульфат магния* 10-25%, по 2 ст.л. х3 раза в сутки, сорбит* 10% 0,5 л х2-3 раза в сутки.
6. Препараты, усиливающие холекинез – аллохол* 2 тб. х3-4 раза в сутки после еды.
7. Полиферментная терапия: панкреатин*, фестал*, панзинорм*.
8. После окончания антибактериальной терапии: пребиотики - хилак форте* 60 капель х3 раза - 1 неделю, затем по 30 кап. х3 раза - 2 нед., при запорах - лактулоза* 1 – 2 ст.л. х1 раз в сутки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Ампициллин 0,25 г, табл
2. *Урсодезоксихолевая кислота 250 мг, табл
3. *Комбинированные препараты, содержащие гидроокись алюминия, гидроокись магния 15 мл, суспензия для приема внутрь
4. Гимекромон 200 мг, табл
5. Аллохол
6. *Домперидон 10 мг, табл
7. *Панкреатин, таблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Метронидазол 500 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап: устранение симптомных проявлений заболевания с восстановлением функции желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. "Стандарты (протоколы) диагностики и лечения органов пищеварения:
www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=977
2. Холецистит хронический www.myrobalan.com/5/148.htm

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

Церебральный атеросклероз

Код протокола: 01-013e

Профиль: терапевтический

Этап: ПМСП

Цель этапа: подбор постоянной и/или курсовой терапии;

Длительность лечения: 12 дней

Коды МКБ:

I65 Закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга

I66 Закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга

I67.4 Гипертензивная энцефалопатия

I67.2 Церебральный атеросклероз

I67.3 Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия

I67.8 Ишемия мозга (хроническая)

I69 Последствия cerebroваскулярных болезней

I70 Атеросклероз

I67 Другие cerebroваскулярные болезни

Определение: Атеросклероз характеризуется отложениями липидов в виде бляшек в интима артерий большого и среднего калибра; сопровождается фиброзом и кальцинацией. Термин церебральный отражает локализацию процесса.

Церебральный атеросклероз развивается вследствие окклюзирующих, стенозирующих поражений экстра- и/или интракраниальных артерий, т.е. артерий кровоснабжающих головной мозг. Нарушение мозгового кровообращения, вызывается такими же изменениями в сосудах, которые приводят к инфаркту миокарда или перемежающейся хромоте. В качестве рабочей классификации хронических форм нарушений мозгового кровообращения может быть использована классификация Е.В.Шмидта (1985). Согласно этой классификации термин ДЭ отражает весь спектр проявлений хронических cerebroваскулярных расстройств - от минимально выраженных нарушений до степени сосудистых деменций, т.е. включает все преддементные формы ангионеврологических расстройств. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) - медленно прогрессирующее нарушение кровоснабжение головного мозга, ведущее к постепенно нарастающим структурным изменениям мозга и расстройству функции. К основным патогенетическим механизмам ДЭ относят поражения экстра - и интракраниальных мозговых сосудов.

Классификация: дисциркуляторная энцефалопатия:

I стадия – рассеянная очаговая неврологическая симптоматика

II стадия характеризуется прогрессирующим ухудшением мнестических функций, снижением работоспособности, наступает изменение личности, более отчетливы очаговые симптомы

III стадия характеризуется диффузными изменениями мозговой ткани, которые приводят к развитию очаговых синдромов зависящих от преимущественного поражения какой либо области мозга, утяжелению мнестических и психических нарушений вплоть до деменции.

Факторы риска:

1. Курение
2. Высокий уровень холестерина
3. Высокий уровень триглицеридов
4. Гипергомоцистеинемия
5. Наследственная предрасположенность
6. Прием оральных контрацептивов
7. Артериальная гипертензия
8. Транзиторные ишемические атаки
9. Сахарный диабет
10. Ожирение

Критерии диагностики:

Субъективные жалобы (головные боли, головокружение, шум в голове, нарушение сна, раздражительность, снижение работоспособности, мнестические расстройства, когнитивные расстройства, различные парестезии) в сочетании с очаговой неврологической симптоматикой.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Ультразвуковое исследование сосудов головного мозга
2. Магниторезонансная томография (в сосудистом режиме)
3. Определение холестерина, глюкозы, триглицеридов

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация офтальмолога (глазное дно)
2. Консультация кардиолога
3. Электрокардиография
4. Компьютерная томография

Тактика лечения:

1. Коррекция факторов риска (ФР) процессов атерогенеза;
2. Улучшение перфузии;
3. Нейропротекторная терапия.

Коррекция ФР заключается в контроле уровня артериального давления, снижение уровня холестерина, отказ пациентов от курения.

Лечение артериальной гипертензии проводится с применением низких доз диуретиков, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ или блокаторов кальциевых каналов А.

Важным фактором риска цереброваскулярных заболеваний является гиперхолестеринемия. Лечение дислипидемии начинают с коррекции нарушений липидного метаболизма с помощью диеты. Необходимо изменение образа жизни: повышение физической активности, отказ от курения, снижение веса и др.

При неэффективности проводимых мер рекомендуется дальнейшее ужесточение диеты, затем назначается лекарственная терапия статинами и фибратами. Начальная доза ловастатина составляет 20 мг перед сном. Дозу можно увеличивать до 80 мг/сутки (назначается 1 или 2 раза). Правастатин: 20-40 мг/сут. Симвастин: начальная доза 10-20 мг, можно увеличивать до 80 мг/сутки, флувастатин: 20-40 мг (до 80 мг). Пациентам с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС, инсульт) рекомендовано принимать статины, по достижению уровня общего холестерина менее 6,0 ммоль/л.

Лечение больных хронической ишемией мозга должно быть комплексным и включать мероприятия, направленные на коррекцию основного сосудистого заболевания, профилактику повторных церебральных дисгемий, восстановлению количественных и качественных показателей мозгового кровотока и нормализацию нарушенных функций головного мозга, воздействие на имеющиеся факторы риска цереброваскулярных заболеваний.

- необходимо использовать антиагреганты, применительно к пациентам с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений

- при отсутствии противопоказаний низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75 мг/сут) рекомендованы для первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентам с АГ старше 50 лет, у которых 10-летний риск $\geq 20\%$ (высокий” или “очень высокий”), а АД контролируется на уровне меньше 150/90 мм.рт.ст.

- аспирин в дозе 75 мг/сут рекомендован пожилым, у которых:

А) нет противопоказаний к приему ацетилсалициловой кислоты

Б) АД контролируется на уровне меньше 150/90 мм.рт.ст, а также присутствует один пункт из следующего списка: сердечно-сосудистые осложнения, поражение органов-мишеней, 10-летний риск развития сердечно-сосудистых осложнений 20%.

Для профилактики острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), транзиторных ишемических атак (ТИА) применяют ацетилсалициловую кислоту 75 мг ежедневно^А. При

непереносимости ацетилсалициловой кислоты, а также при наличии ТИА, ОНМК назначают клопидогрель по 75 мг ежедневно.

Нейропротекторная терапия: пиритинол по 1 табл. 3 раза в день курс лечения 1 месяц, винпоцетин 5, 10 мг по 1 таблетке 2-3 раза в сутки. Можно рекомендовать комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи в дозе от 50,0 до 100,0 мл внутривенно на курс лечения от 5 до 10 инъекций.

Гинко-билоба принимают по 40-80 мг – 3 раза в день во время еды. Курс лечения 1-3 месяца. Препарат улучшает микроциркуляцию, мозговое кровообращение, стимулирует клеточный метаболизм, обладает антиагрегационным действием. При прогрессирующей ДЭ рекомендуют – депротеинизированный гемодериват из телячьей крови (драже от 200 до 600 мг или 40 мг внутримышечно); комплекс этамивана гексобендина + дигидрохлорида + этофиллина назначают по 1-2 таб. 3 раза/сут или по 1 таб. форте 3 раза/сут (максимально 5 таб.) в течение 6 недель. Парентерально назначают в разовой дозе 2 мл в/м или в/в капельно в 200 мл 5% раствора глюкозы. Кратность введения - 1-2 раза/сут. Курс лечения - 7-10 дней.

Перечень основных медикаментов:

1. Правастатин 20 мг, табл
2. Симвастин 20 мг, табл
3. *Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл
4. Флувастатин 20 мг, табл
5. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, табл
6. Пиритинол
7. *Винпоцетин 5, 10 мг, табл
8. *Гинко-билоба, стандартизированный экстракт 40 мг
9. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови, 200 мг, драже
10. Комплекс этамивана гексобендина + дигидрохлорида + этофиллина
11. *Комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи, раствор для инъекций 5, 10 и 20 мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Клопидогрель 75 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Кризовое течение артериальной гипертензии, ОНМК, ПНМК, прогрессивное течение, неэффективность амбулаторного лечения.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Drug treatment for hyperlipidaemias EBM Guidelines 22.4.2004
2. Cerebrovascular disease. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. Radiology 2000
3. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: recommendations and rationale/ Ann Intern Med 2002.
4. Cerebral arteriosclerosis. National institute of Neurological disorders and stroke (NINDS)
5. AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update.
6. Комплексная терапия хронической ишемии мозга //Под ред. В.Я. Неретина.-М.: “ЗАО РКИ Соверо пресс”, 2001.-96с.
7. Topographic mapping of cognitive event-related potentials in a double-blind, placebo-controlled study with the hemoderivative aktovegin in age-associated memory impairment. Semlitsch Heribert V., Anderer Peter, Saletu Bernd, Hochmayer Ingrid. Neuropsychobiology 1990-91; 24:49-56; Sections of Clinical Psychophysiology Pharmacopsychiatry.
8. Clinical Neurology. /D.Greenberg, M.Aminoff, R.Simon Lange Medical Book. 2002

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

Чесотка

Код протокола: 09-102с

Профиль: терапевтический, специальность - дерматовенеролог

Этап лечения: ПМСП

Цель этапа: избавить больного от зуда, предотвратить повторное заражение и распространение заболевания, регресс кожных высыпаний, профилактическое лечение тесных бытовых контактов.

Длительность лечения: 10 дней.

Код МКБ: B86 Чесотка

Определение: Чесотка - паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei hominis*, являющимся внутрикожным паразитом человека.

Классификация: (клиническая)

1. Типичная
2. Норвежская (у ослабленных людей)
3. Псевдочесотка (зудневая чесотка животных и птиц)
4. Зерновая (матрасная, ячменная, соломенная)
5. Чесотка «чистоплотных»- малосимптомная

Факторы риска: непосредственный контакт здорового человека с больным (через предметы обихода, которыми пользовался больной; половые контакты), скученность населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, недостаточные гигиенические навыки населения, повышенная миграция населения.

Критерии диагностики:

1. Тщательно собранный семейный эпидемиологический анамнез.
2. Выраженный кожный зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время.
3. Чесоточные ходы - слегка возвышающиеся прямые или изогнутые, грязно-серые линии длиной от 1мм до нескольких сантиметров. На переднем конце (слепом) часто обнаруживается пузырек (здесь находится самка клеща, просвечивающая в виде темной точки). Чесоточные ходы локализуются на боковых поверхностях лучезапястных суставов, наружные половые органы у мужчин, молочные железы у женщин.
4. Мелкие папулы, везикулы, точечные и линейные экскориации, которые отмечают на кистях, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, туловище (преимущественно в области переднебоковых поверхностей грудной клетки), животе, пояснице.
5. Обнаружение чесоточных клещей и их личинок при микроскопическом исследовании соскобов.

Атипичные формы:

1. Отсутствие зуда, наличие чешуйко-корковых наслоений, мокнущих эрозий, кератодермии ладоней и подошв (при норвежской чесотке).
2. Наличие уртикарных элементов с везикулой в центре, с локализацией на шее, туловище (при зерновой чесотке).
3. Наличие более ярких папуло-везикул без чесоточных ходов (зудневая чесотка)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Микрореакция
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Лабораторное обнаружение чесоточного клеща

Тактика лечения:

Нельзя проводить обработку кремом «перметрин» после горячей ванны. Кожа должна быть чистой и сухой. После каждого вынужденного мытья рук необходимо вновь обработать их средством.

1. Обработка 5% кремом «Перметрин» всего тела, включая кожу головы, лица, шеи и ушей. Необходимо избегать попадания перметрина на слизистые оболочки глаз, носа, ротовой полости. В случае попадания вещества на слизистые оболочки их необходимо промыть проточной водой. Через 8-12 часов препарат следует смыть. Повторить через 7 дней (чаще применяется при лечении педикулеза).

2. Водно-мыльную эмульсию бензилбензоата (20%-для взрослых и 10%-для детей) после тщательного взбалтывания втирают в кожу ватно-марлевым тампоном 2 раза в день по 10 минут в 1-й и 4-й день лечения. Во 2-й и 3-й день специфическое лечение не проводится. Смену нательного и постельного белья производят дважды: после первого и второго втирания препарата. Больной не моется в течение последующих 3-х дней, но в кисти препарат втирают после каждого мытья рук. Через 3 дня больной моется горячей водой и вновь меняет белье. Детям грудного возраста вместо втирания кожную поверхность смачивают указанными растворами, повторяя курс лечения через 3-4 дня. Лечение бензилбензоатом противопоказано беременным и в период лактации.

3. 33% (для взрослых) и 20% (для детей) серная мазь. Перед началом лечения больной моется с мылом. Мазь втирают ежедневно в течение 5-7 дней, особенно в участки излюбленной локализации чесоточного клеща. Через 6-8 дней больной моется с мылом и меняет нательное и постельное белье.

4. Аэрозоль эсдепалетрин наносят на весь кожный покров за исключением лица и волосистой части головы. Опрыскивают кожу с расстояния 20-30 см от поверхности тела, оставляют препарат на коже на 12 часов (при мытье рук вновь обработать препаратом, при смене пеленок у детей снова опрыскать ягодицы). При обработке кожи детей до 5 лет необходимо закрыть им рот и нос салфеткой. Если признаки чесотки на лице, следует обработать ватой, смоченной раствором.

5. Для дезинфекции мебели, верхней одежды, ковров, матрасов, детских игрушек применяется инсектицид (А-ПАР) в аэрозольной упаковке, после обработки которого вещи не нуждаются в дополнительной стирке. Обеззараживание нательного и постельного белья производится кипячением с обычным стиральным порошком в течение 10 минут.

Перечень основных медикаментов:

1. *Водно-мыльная эмульсия, мазь бензилбензоата (20%-для взрослых и 10%-для детей)
2. *Сера мазь 33% (для взрослых) и 20% (для детей) 50-100 г

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Аэрозоль эсдепалетрин, 152г
2. Перметрин 5% крем

Критерии перевода на следующий этап:

При эффективном лечении: контрольное наблюдение за больным через 3 дня после лечения и каждые 10 дней на протяжении 1,5 месяца (Приказ №48 от 26.01.2004г. МЗ РК) Критерии перевода на следующий этап (стационар): выраженные воспалительные явления (распространенный экзематозный процесс, аллергизация); присоединение вторичной инфекции; отсутствие эффекта проводимой терапии.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Walker G.A., Johnstone P.W. Interventions for treating scabies. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001.
2. Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Veneral Disease (MSSVD). 2002 national guideline on the management of scabies. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Veneral Disease (MSSVD); 2002.
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах. Под редакцией Ю.К.Скрипкина, В.Н.Мордовцева.- М., Медицина, 1999.
4. Справочник Видаль-2005. Лекарственные препараты в Казахстане.
5. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под редакцией Ю.С. Бутова.

6. «Комплексная терапия чесотки». Московская Медицинская Академия им. Сеченова, Е.Б.Марьева.

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

Адгезивный отит

Код протокола: 03-034г

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

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

Код МКБ: Н74.1 Адгезивная болезнь среднего уха

Определение: **Отит адгезивный средний** - заболевание является следствием длительной задержки жидкости в полости среднего уха при воспалении и нарушении проходимости слуховых труб, соединяющих полости среднего уха и носа. В результате процесса происходит образование плотной соединительной ткани, сращений, спаек, ограничивающих подвижность слуховых косточек и приводящих к снижению воздушной проводимости звуков.

Факторы риска: Хронические гнойные воспалительные заболевания среднего уха, хронические заболевания носа, глотки или уха.

Критерии диагностики: стойкое и прогрессирующее ухудшение слуха, сопровождающееся иногда шумом в ушах.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. КТ височной области
2. Исследование проходимости трубы при обычном глотании (I степень)
3. Опыт Тойнби (II степень)
4. Опыт Вальсальва (III степень)
5. Продувание слуховой трубы по Политцеру (IV степень)
6. Катетеризация слуховой трубы (V степень)
7. Аэродинамические методы: метод нагнетания, или туботимпанальноаэродинамический; метод выравнивания давления; пневмотубометрия в носоглотке
8. Акустические методы (тубосонометрия)
9. Метод контрастной рентгенографии
10. Контрастная компьютерная томография

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Консервативное лечение (дает временные улучшения)

Для улучшения проходимости слуховых труб – продувание ушей в сочетании с пневматическим массажем барабанной перепонки и электростимуляция мышц барабанной полости и слуховой трубы (1). Лекарственные препараты, способствующие рассасыванию спаек вводятся непосредственно в барабанную полость через слуховую трубу и с помощью электрофореза (лидаза, химотрипсин).

Для реабилитации используют слуховые аппараты.

Перечень основных медикаментов:

1. *Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
2. *Рибофлавин 10 мг табл
3. *Цианокобаламин раствор для инъекций в ампуле 1 мл (500 мкг)
4. Гиалуронидаза
5. Пентоксифиллин раствор для инъекций в ампуле 1 мл (100 мг)
6. Нафазолин капли назальные и глазные 10 мл, фл
7. *Эпинефрин раствор для инъекций в ампуле 0,18% 1 мл
8. Кокарбоксилаза порошок для приготовления раствора для инъекций 50 мг, амп
9. *Гидрокортизона ацетат мазь, крем 1%

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: при резкой тугоухости, не поддающейся консервативному лечению, производят хирургическое рассечение спаек, замену слуховых косточек полиэтиленовыми протезами.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Бычкова О.В., Урюпин В.К., Токарев О.П. Метод электростимуляции тубарных мышц с синхронным продуванием среднего уха. Вестник оториноларингологии, N 2-2000, стр. 46-47;
2. <http://www.curaremed.ru/index.asp?rid=1846>, Слухоулучшающие операции;
3. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Туровский А.Б., Шубин М.Н., Цыганкова В.С. Дисфункция слуховой трубы. Новые аспекты диагностики и лечения. Вестник оториноларингологии, N 4-2000, стр. 5-10.

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

Аденома предстательной железы (Д III)

Код протокола: 11-146

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: уменьшение симптомов и улучшение качества жизни, минимальный неблагоприятный эффект от лечения.

Код 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. 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, сопутствующие заболевания (ХПН, хронический пиелонефрит) угасание секреторной функции яичек

Критерии диагностики: Дизурия, никтурия, затруднения при инициации мочеиспускания, слабый объемный поток мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в конце мочеиспускания моча выделяется каплями, задержка мочи. Ректально: гипертрофия простаты. Узи картина - гиперплазия простаты, рентгенологически - дефект наполнения.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Пальцевое ректальное исследование
2. Общий анализ крови (6 параметров)
3. Общий анализ мочи
4. Биохимический анализ крови
5. Концентрация креатинина сыворотки крови
6. Концентрация простатспецифического антигена
7. Определение остаточной мочи
8. Трансректальное УЗИ
9. Рентгенография (экскреторная или цистография)
10. Бак. посев мочи
11. Проба Нечипоренко
12. УЗИ предстательной железы

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Урофлоуметрия
2. Цистометрия и исследование давления потока мочи
3. Уретроцистография
4. Урография
5. Биопсия предстательной железы
6. Консультация терапевта
7. Консультация онколога

Тактика лечения:

Выбор лекарственного препарата зависит от степени увеличения предстательной железы:

- Если предстательная железа при пальпации заметно не увеличена или ее объем при УЗИ

менее 40 г, препараты выбора – β_1 -адреноблокаторы (тамсулозин до 0,8 мг в сутки, альфузозин по 5 мг 2 раза в сутки, теразозин до 20 мг в сутки, празозин);

- Если предстательная железа значительно увеличена, можно использовать ингибиторы 5 β_1 –редуктазы (финастерид по 5 мг/сут) или β_1 -адреноблокаторы (1)

У некоторых пациентов также могут применяться термотерапия (микроволновое лечение), стент или спираль.

Пациентам с задержкой мочи, ожидающих хирургическое лечение проводят чрескожную цистостомию.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- 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.

Перечень основных медикаментов:

1. Тамсулозин 400 мкг табл
2. Альфузозин 5 мг табл
3. Теразозин 5 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: неэффективность консервативного лечения

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Clifford GM, Farmer RDT. Medical therapy for benign prostatic hyperplasia: a review of the literature. Eur Urol 2000; 38: 2-19;
2. Wilt T, Ishani A, Stark G, MacDonald R, Milrow C, Lau J. Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia. In: The cochrane Library, Issue 3, 2001;
3. Prodigy Guidance – Prostate – benign hyperplasia, 2002.

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

Ангина и другие воспалительные заболевания ротоглотки

Код протокола: 03-035e

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: устранение болей в горле и нормализация температуры тела, улучшение общего состояния.

Коды МКБ: J03 Острый тонзиллит

J03.9 Острый тонзиллит неуточненный

Определение: **Острый тонзиллит (ангина)** - это инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего небных миндалин, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами.

Критерии диагностики: Боль в горле, высокая температура, общее недомогание, интоксикация.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация отоларинголога
2. Общий анализ крови (6 параметров)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Эффективность доказана: применение антибиотиков для профилактики осложнений (возникающих крайне редко) при фарингите, вызванном бета-гемолитическим стрептококком группы А (1), обезболивающих и противовоспалительных препаратов (парацетамол, ибупрофен) для уменьшения выраженности симптоматики (2).

Эффективность предполагается: применение антибиотиков (феноксиметилпенициллин, эритромицин) для более быстрого выздоровления при инфекционных заболеваниях, вызванных *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* или *Streptococcus pneumoniae* (3), применение бета-антагонистов для более быстрого исчезновения кашля (4,5,6), витамин С (7), интраназальное применение цинка в виде геля для сокращения длительности симптомов простуды (8), противоотечных препаратов для кратковременного уменьшения выраженности симптомов, обусловленных отеком слизистых оболочек (9), антигистаминные препараты (10).

Эффективность не установлена: пастилка с препаратами цинка, препараты *Echinacea* с лечебной и профилактической целью, паровые ингаляции.

Неэффективность или вред доказаны: применение антибиотиков при простуде, кашле и боли в горле, когда возбудитель заболевания не установлен, противоотечных препаратов для длительного уменьшения выраженности симптомов, обусловленных отеком слизистых оболочек.

Антибиотики группы пенициллина являются препаратами выбора при инфекциях вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А. Назначают пенициллин V 250-500 мг два-три раза в день в течении 7-10 дней или пенициллин G 600.000-1.200.000- ед. в/м однократно. В случаях аллергии на препараты пенициллинового ряда назначают антибиотики группы цефалоспоринов такие, как цефалексин по 750 мг два раза в день в течении 7-10 дней или клиндамицин по 450 мг три раза в день в течении 7-10 дней. Препаратом выбора так же является эритромицин в дозировке 400 мг 2-4 раза в день.

Перечень основных медикаментов:

1. *Парацетамол 200 мг, 500 мг табл; сироп 2,4% во флаконе; суппозитории 80 мг
2. *Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл
3. Феноксиметилпенициллин 500 мг табл
4. *Эритромицин 250 мг, 500 мг табл; пероральная суспензия 250 мг/5 мл

5. *Цефалексин 250 мг, 500 мг табл
6. Клиндамицин 150 мг, 300 мг капс

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: госпитализация при наличии клиники паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса.

Литература, использованная при подготовке протокола:

- 1.Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance-Sore Throat Acute. 2004.
- 2.Institute For Clinical System Improvement. Health Care Guideline. Acute Pharyngitis. May 2005.
- 3.EBM Guideline. Sore Throat and Tonsillitis. 2004.
- 4.National Guideline Clearinghouse. Guideline. Sore Throat and Tonsillitis. December 2005.
5. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Acute Pharyngitis. December 2005.
- 6.Scottish Intercollegiate Guidelines Network. National Clinical Guideline. Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. January 1999.
- 7.Alberta Medical Association. Guideline. The Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis. November 2001.
- 8.American Society of Infection Diseases. A Practice Guideline. Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis.1997.
- 9.University of Michigan Health System. Guidelines for Clinical Care. Pharyngitis. December 2000.
- 10.Advisory Committee. Guidelines & Protocols. Diagnosis and Management of Sore Throat. 2003.
11. American Society of Infection Diseases. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis.2002.

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

Болезни заднего прохода и прямой кишки

Код протокола: 06-077з

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: устранение болевого синдрома, восстановление нормальной функции кишечника, снятие спазма внутреннего сфинктера, улучшение микроциркуляции в зоне анальной трещины и геморроидальном сплетении, минимизация побочных эффектов лечения.

Код МКБ: К60 Трещина и свищ области заднего прохода и прямой кишки

Определение: Анальная трещина (трещина заднего прохода) - продольный дефект кожи заднепроходной области с резкой болезненностью во время и после дефекации и эпизодически скудными примесями крови в кале. Кровотечения из заднего прохода и прямой кишки возникают при трещине заднего прохода, геморрое, дивертикулезе, ангиодисплазиях, воспалительных заболеваниях кишечника, опухолях, ишемическом колите.

Классификация: по характеру клинического течения заболевания выделяют острую и хроническую (трещина не заживает более 2 мес)

Факторы риска: Частые запоры, частое опорожнение кишечника при диарее, сниженное потребление пищевых волокон
анальные трещины.

Критерии диагностики: дефект стенки анального канала линейной или треугольной формы длиной 1-2 см, расположенный вблизи переходной складки несколько выше линии Хилтона и достигающий до прямокишечно-заднепроходной линии или распространяющийся выше нее; затруднение акта дефекации; спазм анального сфинктера; кровотечение. Если трещина локализуется не по срединной линии, следует заподозрить болезнь Крона (1,4).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (гематокрит, гемоглобин, СОЭ)
2. Анализ крови на сифилис и ВИЧ
3. Исследование кала на скрытую кровь
4. Ректоскопия
5. Ректороманоскопия
6. Толстокишечная эндоскопия
7. Двойное контрастирование прямой и ободочной кишок
8. Рентгенография нижней части брюшной полости
9. Ирригоскопия
10. Рентгеноконтрастное исследование толстой кишки

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

При опухолях, воспалительных заболеваниях кишечника, дивертикулезе, геморрое требуется специфическое лечение.

Комплексная терапия анальной трещины должна состоять из нескольких составляющих:

- Нормализация деятельности пищеварительного тракта;
- Снятие болевого синдрома и спазма внутреннего сфинктера;
- Усиление регенерации поврежденных тканей;
- Нормализация деятельности пищеварительного тракта.

Эффективность доказана при трещинах заднего прохода: инъекции ботулотоксина А-гемагглютинаина, инъекции ботулотоксина А-гемагглютинаина с местным применением изосорбида динитрата, рассечение внутреннего сфинктера заднего прохода.

Эффективность предполагается при местном применении нитроглицерина, пластике трещин заднего прохода перемещенным лоскутом.

Преимущества и недостатки сопоставимы: Растяжение заднего прохода.

Консервативное лечение включает диету, преимущественно кисломолочно-растительного

характера с исключением острых, соленых, горьких блюд, а также алкогольных напитков. Теплые сидячие ванночки со слабыми антисептическими растворами (ромашка, шалфей, перманганат калия, свечи с метилурацилом, проктоседиловые, микроклизмы с облепиховым маслом.

В стадии абсцедирования – вскрытие абсцесса и дренирование.

При ангиодисплазии – коагуляция при колоноскопии.

Перечень основных медикаментов:

1. Ботулотоксин А-гемагглютинаина порошок для инъекций 500 ЕД, фл
2. Изосорбида динитрат 5 мг, 10 мг, 20 мг, 40 мг, 60 мг табл; раствор для инъекций 0,1% 10 мл; аэрозоль

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

Хроническое течение, когда трещина превращается в незаживающую, окруженную рубцом язву со сторожевым бугорком и пектенозом, сопровождающуюся выраженным спазмом сфинктера.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Клинические рекомендации+фармакологический справочник/ Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. (Серия «Доказательная медицина»);
2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 1. Москва, Медиа Сфера, 2003;
3. Prodigy Guidance – Anal Fissure, 2005;
4. EBM Guidelines. Anal fissure, 2005.

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

Возрастная дегенерация желтого пятна

Код протокола: 02-026в

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: стабилизация зрительных функций.

Коды МКБ: N35.3 Дегенерация макулы и заднего полюса

N36.8 Другие ретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках

Определение: **Возрастная дегенерация желтого пятна** - это хронический дистрофический процесс с преимущественным поражением хориокапиллярного слоя мембраны Бруха и пигментного эпителия.

Классификация: Различают 3 формы заболевания: сухую, экссудативную и рубцовую.

Факторы риска: Риск возникновения увеличивается с возрастом. Имеющиеся в анамнезе случаи ВДЖП у ближайших родственников. Артериальная гипертония. Курение.

Критерии диагностики:

Анамнестические данные, объективное исследование (офтальмологический осмотр: оценка остроты зрения, биомикроскопия с помощью щелевой лампы, офтальмоскопия). Периметрия, флюоресцентная ангиография. Постепенное снижение зрения, метаморфопсии, центральная скотома, офтальмоскопически: друзы, хориоретинальные очажки желтовато-белого цвета, гиперпигментация, субретинальные экссудаты, кровоизлияния, рубцовые очаги в макулярной зоне.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация офтальмолога
2. Проверка остроты зрения
3. Биомикроскопия глаза
4. Периметрия
5. Офтальмоскопия
6. Консультация терапевта
7. Тонометрия

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Гониоскопия
2. Тонография
3. УЗИ глаза
4. Флюоресцентная ангиография глазного дна
5. Определение центрального поля зрения
6. Компьютерная томография (оптическая)

Тактика лечения:

Эффективность доказана для лазерного облучения друз [1].

Преимущества и недостатки сопоставимы: Лазерная фотокоагуляция [2]

Эффективность не установлена: Лазерное облучение друз (с профилактической целью), протонное облучение сетчатки или аппликация радиоактивных веществ на склеру, хирургические вмешательства в области желтого пятна.

При экссудативной дегенерации показано: лазерная коагуляция, направление на аутолимфодренирование (в условиях стационара). При неэкссудативной и остроте зрения ниже 0,5 и фазе рубцевания – направление на аутолимфодренирование в условиях стационара.

Некоторые специалисты считают целесообразным применение препаратов, улучшающих обменные процессы парабульбарно и общее лечение: витамины и антиоксиданты, что замедляет процесс возрастной дегенерации желтого пятна.

Антиоксиданты и витаминотерапия: эмоксипин 0,5 мл парабульбарно - 10 дней; таурин 0,5 мл парабульбарно - 10 дней; токоферола ацетат по 1 кап 3 раза в день, 10 дней; милдронат

парабульбарно - 0,5 - 10 дней, 1 тб х 3 раза в день 30 дней либо 1,0 в/м - 10 дней. Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови. Витамины и антиоксиданты в различных комбинациях.

При наличии показаний - направление на фотодинамическую терапию в республиканские учреждения.

Перечень основных медикаментов:

1. Эмоксипин глазные капли, фл
2. *Таурин раствор 4% (глазные капли) в ампуле 1 мл
3. *Токоферола ацетат масляный раствор в ампулах по 1 мл 5%, 10%, 30% масляный раствор 50% в капсулах
4. Милдронат раствор для инъекций 500 мг, амп
5. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови раствор для инъекций 40 мг/мл раствор для инфузий 10%, 20%

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап (этап стационарного лечения): наличие показаний для госпитализации.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. American Academy of Ophthalmology. Guideline. Age-Related Macular Degeneration. 2003.
2. EBM Guidelines. Age-related macular degeneration (ARMD). 2004.
3. International Council of Ophthalmology. ICO Clinical Guidelines: Age-related macular degeneration (Initial and follow-up evaluation).
4. Olk RJ, Friberg TR, Stickney KL et al. Therapeutic benefits of infrared (810 nm) diode laser macular grid photocoagulation in prophylactic treatment of non-exudative age-related macular degeneration: two-year results of a randomised pilot study. Ophthalmology 1999; 106: 1367-1373.
5. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. 2003 - Часть 7. - С. 2322-2339.

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

Воспалительные заболевания предстательной железы

Код протокола: 12-120г

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

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

Код 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, инфекции мочевыводящих путей

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 и отечность 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. УЗИ предстательной железы
4. Пальцевое ректальное исследование
5. Секрет предстательной железы
6. Исследование порции мочи после массажа предстательной железы
7. 2-стаканная проба: подсчет лейкоцитов
8. Бактериологическое исследование мочи после массажа
9. Концентрация ПСАг
10. ПЦР
11. ИФА

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Трансректальное УЗИ
2. Цистоскопия
3. Компьютерная томография
4. Биопсия предстательной железы
5. Исследование мазков на гонорею
6. Трихомониаз и дрожжевой грибок

7. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам

8. УЗИ мочевого пузыря

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 (кларитромицин, сумамед, азивок, рокситромицин), тетрациклины и др.
2. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор 400 мг\сут течение 7 дней.
3. б-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).
4. Органотропные препараты.
5. Массаж предстательной железы, сидячие ванны, методы формирования биологической обратной связи (тренировка мышц тазового дна).
5. Иммунотерапия (тималин*, тимоген*, циклоферон).

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

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. *Цефутоксим 250 мг, 500 мг табл; порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
3. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
4. Нитроксалин 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: неэффективность проводимой терапии

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.

Воспалительные и травматические заболевания кожи и подкожной клетчатки

Код протокола: 08-098a

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: иссечение пораженных тканей. Регресс основных клинических критериев, заживление операционной раны, устранение патологии, восстановление трудоспособности.

Коды МКБ:

L02 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул

L03 Флегмона

L04 Острый лимфаденит

L72 Фолликулярные кисты кожи и подкожной клетчатки

L88 Пиодермия гангренозная

N64 Другие болезни молочной железы

T00 Поверхностные травмы, захватывающие несколько областей тела

S01.0 Открытая рана волосистой части головы

T01 Открытые раны, захватывающие несколько областей тела

T06 Другие травмы, захватывающие несколько областей тела, не классифицированные в других рубриках

T07 Множественные травмы неуточненные

T11 Другие травмы верхней конечности на неуточненном уровне

T13 Другие травмы нижней конечности на неуточненном уровне

L02.2 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул туловища

L03.0 Флегмона пальцев кисти и стопы

L08.0 Пиодермия

L08.9 Местная инфекция кожи и подкожной клетчатки неуточненная

Определение: **Абсцесс** - ограниченное капсулой скопление гноя, возникающее при острой или хронической очаговой инфекции и приводящее к тканевой деструкции в очаге.

Фурункул - острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей. В дальнейшем воспаление переходит на сальную железу и окружающую соединительную ткань.

Карбункул - острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез с образованием обширного некроза кожи и подкожной клетчатки.

Флегмона - это разлитое воспаление дермы и подлежащих тканей, обусловленное наличием бактериальной инфекции. Кроме местных признаков воспаления (повышение температуры кожи, покраснение, болезненность, наличие лимфангита) часто наблюдаются и системные клинические проявления (лихорадка, лейкоцитоз).

Инфекционный фолликулит — инфекция верхней части волосяного фолликула, характеризующаяся папулой, пустулой, эрозией, или корочкой на волосяном стержне; может распространяться в глубину на всю длину фолликула.

Пиодермия гангренозная — быстро распространяющееся, идиопатическое, хроническое и тяжелое изнурительное, кожное заболевание. Возникает, как правило, в ассоциации с системным заболеванием, особенно хроническим язвенным колитом и характеризуется наличием непостоянных, рыхлых синюшно-красных язв с нечеткими границами, которые окружают гнойное некротическое основание.

Классификация воспалительного процесса:

-Асептический

-Гнойный

-Геморрагический

-Гнилостный По течению: острый, хронический По этиологическому фактору: постинъекционный, посттравматический и т.п.

Факторы риска: несоблюдение правил личной гигиены. Генетическая предрасположенность, снижение иммунитета.

Критерии диагностики: ограниченная припухлость, симптом флюктуации, гиперемия кожи, болезненность.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Посев гнойного отделяемого
2. Микроскопия мазка

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения: Эффективность предполагается при применении антибиотиков.

Эффективность не установлена: прием антибиотиков по сравнению с их в/в введением, применение разных схем монотерапии антибиотиками, короткий курс терапии антибиотиками по сравнению с более длительным, профилактика рецидивов путем устранения факторов риска. При укусах млекопитающих эффективность предполагается при профилактическом применении антибиотиков после укусов млекопитающих, первичной хирургической обработке раны, антибиотикотерапии при развитии инфекционных осложнений после укусов млекопитающих. Эффективность не установлена при введении столбнячного анатоксина после укусов млекопитающих, наложении швов на кожные раны, сравнении эффективности различных антибиотиков при лечении инфекционных осложнений после укусов млекопитающих.

1. Эвакуация гноя
2. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры.
3. Терапия антимикотиками для лечения и профилактики грибковых осложнений ран.
4. Лечение раны с выполнением (при необходимости) ее хирургической обработки.
5. Иссечение вовлеченных в гнойный процесс тканей, если они содержат множественные микроабсцессы, гнойные затеки или очаги некроза.

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. *Цефуросим 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. 2% мазь или крем на основе мупироцина
11. 2% мазь или крем на основе натриевой соли фузидиевой кислоты
12. *Натрия тиосульфат раствор для инъекций 30% 5 мл, 10 мл в ампуле
13. *Никотиновая кислота 50 мг табл; раствор в ампуле 1% 1 мл
14. *Активированный уголь 250 мг табл
15. Настойка пустырника 30 мл, 50 мл фл
16. *Метилурацил 10% мазь
17. *Метронидазол 250 мг табл; раствор для инфузий 0,5 во флаконе 100 мл
18. Гепабене 500 мг капс
19. Панкреатин таблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД

20. *Декстран раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл
21. Эритромицин мазь
22. *Метиленовый синий раствор спиртовой 1% во флаконе 10 мл
23. *Калия перманганат водный раствор 1:10 000
24. *Перекись водорода раствор 3% во флаконе 25 мл, 40 мл
25. 5% паста Дорохова

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: карбункул, флегмона

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Colour atlas and synopsis of clinical dermatology. User's Manual. CD-ROM. The VcGraw-Hill Company, Inc. 1997.
2. Jorup-Ronstrom C, Britton A, Gavlevik K, Gunnarsson K, Redman AC. The course, costs and complications of oral versus intravenous penicillin therapy of erysipelas. Infection 1984; 12: 390-394
3. Vinen J, Hudson B, Chan B, Fernandes C. A randomized comparative study of once-daily ceftriaxone and 6-hourly flucloxacillin in the treatment of moderate to severe cellulitis. Clinical efficacy, safety and pharmacoeconomic implications. Clin Drug Invest 1996; 12: 221-225.

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

Вывих плечевой кости

Код протокола: 17-171д

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: вправление вывиха, отсутствие болевого синдрома. Вправление считают успешным, если больной может положить кисть поврежденной руки на противоположное плечо².

Код МКБ: S43.0 Вывих плечевого сустава

Определение: Вывихи - полное смещение суставных поверхностей костей за пределы физиологической нормы. При этом всегда нарушается целостность суставной сумки. Неполное смещение называют подвывихом¹.

Классификация: полные и неполные, свежие и застарелые, осложненные и неосложненные, закрытые и открытые, врожденные и приобретенные (травматические, патологические). В зависимости от положения вывихнутой головки различают: передние, нижние, задние. Если вывих плеча повторился хотя бы дважды, его называют привычным².

Критерии диагностики:

1. Уплотнение рельефа дельтовидной мышцы.
2. Резкая очерченность акромиального отростка, западение мягких тканей под ним.
3. Невозможность активных движений
4. Пружинистость
5. Неврологическая симптоматика при сдавлении плечевого сустава.

Диагноз подтверждается при рентгенографии, как в прямой и боковой, так и в аксиллярной проекциях. Следует диагностировать перелом от вывиха.

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения: Вправление переднего вывиха плеча производят под общей анестезией или после в/в введения петидина (можно с диазепамом) по одному из следующих методов.

Вправление вывиха по методу Кохера

- Предплечье на стороне повреждения сгибают под прямым углом, плечо плотно прижимают к туловищу и производят вытяжение по оси плеча.
- Не отрывая плечо от туловища и продолжая вытяжение по оси плеча, медленно ротируют плечо наружу
- Не ослабляя вытяжение, смещают локоть вперед и медиально
- Резко ротируют плечо внутрь. При этом кисть больного оказывается на противоположном плече.

Вправление вывиха по способу Гиппократа

Врач садится спиной к лежащему на спине больному со стороны поврежденного плеча и захватывает руками кисть больного. Затем врач помещает пятку своей босой ноги (одноименной с поврежденной рукой больного) в подмышечную область больного и, производя вытяжение по оси руки, надавливает пяткой на головку плечевой кости.

Вправление вывиха по способу Милча

- Больной отклоняется назад на 30°
- Врач медленно сгибает предплечье больного до прямого угла
- Затем больной с помощью врача осторожно поднимает руку до тех пор, пока не сможет коснуться ею затылка
- В этом положении врач производит вытяжение по оси плеча, а его помощник удерживает надплечье.

Задний вывих плеча. Среди всех вывихов крупных суставов чаще всего не удается распознать именно этот вывих. Механизм травмы – удар в плечо спереди или падение на вытянутую руку при внутренней ротации плеча. Контур плечевого сустава при заднем вывихе может быть не изменен. Основное проявление заднего вывиха плеча – полное ограничение наружной ротации плеча. Задний вывих плеча может возникать после

эпилептического припадка. Лечение – после обезболивания предплечье на стороне повреждения сгибают под прямым углом, затем плечо отводят до 90^0 и ротируют наружу, одновременно производя вытяжение его по оси.

Привычный вывих плеча.

Существует достаточно простой способ вправления привычного переднего вывиха плеча

- больной сидит на стуле положив ногу на ногу,
- затем он приподнимает лежащую сверху ногу, переплетает перед собой кисти рук и охватывает ими колено,
- постепенно опуская ногу, больной выпрямляет руки
- в таком положении он полностью расслабляет мышцы плечевого пояса; в этот момент обычно и происходит вправление вывиха. Единственным радикальным методом лечения привычного вывиха плеча является операция.

Повторные вывихи возникают без сильного повреждения и легче вправляются. Фиксацию проводить не следует. После третьего вывиха больного направляют на хирургическое лечение³.

Лечение после вправления вывиха

- После вправления обязательно выполняют рентгенографию
- На две недели накладывают повязку типа Вельпо
- Как можно раньше назначают специальный комплекс физических упражнений.
- В течение еще трех недель после снятия повязки ограничивают физическую активность больного (прежде всего отведение и наружную ротацию плеча)

Перечень основных медикаментов:

1. Кетонал раствор для инъекций 100 мг/2 мл амп
2. *Трамадол раствор для инъекций 50 мг/1 мл амп
3. *Тримепиридина гидрохлорид раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл
4. *Йод раствор спиртовой 5% во флаконе 10 мл, 20 мл
5. *Этанол раствор 70% (денатурированный)

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: неэффективность консервативной терапии, при неудачном вправлении необходимо направить больного на хирургическое лечение³.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Большая медицинская энциклопедия. <http://www.neuro.net.ru/bibliot/bme/>
2. Справочник врача общей практики. Дж. Мерта. ПРАКТИКА, М., 1998
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЭОТАР-МЕД, 2002.

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

Вывихи и растяжения у детей

Код протокола: 21-172а

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Обезболивание, иммобилизация, срочная доставка в стационар

Код МКБ: T03 Вывихи, деформации и растяжения связок тела множественной локализации

Определение: **Вывих** - смещение суставных поверхностей без повреждения или с повреждением связочного аппарата, тканей суставной сумки и/или их частичным разрывом; растяжение – повреждение связок с нарушением или без нарушения их целостности

Классификация:

- полные, неполные
- осложненные, неосложненные
- закрытые, открытые
- врожденные и приобретенные (травматические , патологические)

В зависимости от положения вывихнутой головки трубчатой кости различают вывихи: передние, нижние, задние

Критерии диагностики: локальная боль, отек, при вывихе – неестественное расположение и удлинение конечности, локальное изменение рельефа мышц, невозможность активных движений, при сдавлении нерва – неврологическая симптоматика.

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Обезболивание, иммобилизация.

Перечень основных медикаментов:

1. *Диклофенак натрия 100 мг мазь

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

Госпитализируются все случаи вывихов и растяжений с разрывом связок

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Sprains and strains. Prodigy guidance. Last revised in July 2005

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

Герпетическое поражение глаз

Код протокола: 02-026г

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Купирование воспалительного процесса и болевого синдрома, предупреждение осложнений и хронизации процесса, стабилизация зрительных функций.

Коды МКБ:

B00.5 Герпетическая болезнь глаз

H16 Кератит

B02.3 Опоясывающий лишай с глазными осложнениями

H03.1* Поражения века при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках

H13.1* Конъюнктивит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках

H19.1* Кератит, обусловленный вирусом простого герпеса, и кератоконъюнктивит

H19.2* Кератит и кератоконъюнктивит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках

H22.0* Иридоциклит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках

Определение: Герпетическое поражение глаз – острое (первичное или рецидивирующее) воспаление различных отделов глаза и его придаточного аппарата (чаще роговицы и конъюнктивы), вызванное вирусом герпеса.

Классификация:

1. Блефароконъюнктивит
2. Кератит: поверхностный (везикулезный, древовидный, ландкартообразный) и глубокий (с изъязвлением и без)
3. Иридоциклит.

Факторы риска: Часто повторяющиеся рецидивы инфекции, вызванные вирусом Herpes Simplex тип 1; наличие очагов хронической инфекции; переохлаждения, простудные заболевания; длительная инсоляция.

Критерии диагностики: Жалобы, данные анамнеза, объективное исследование (офтальмологический осмотр).

1. Светобоязнь, слезотечение, блефароспазм;
2. Перикорнеальная инъекция (при кератитах и иридоциклитах);
3. Инфильтрат специфической формы, чаще серовато-белого цвета, с изъязвлением или без него, помутнение роговицы, снижение чувствительности роговицы (при кератитах);
4. При иридоциклитах развивается характерный симптомокомплекс (опалесценция, преципитаты или гипопион, задние синехии, гиперемия и отек стромы радужной оболочки);
5. Возможно сочетание глазной симптоматики с неврологической и/или с везикулезными высыпаниями по ходу ветвей тройничного нерва (чаще при опоясывающем лишае).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Визометрия
2. Биомикроскопия
3. Исследование чувствительности роговицы

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Периметрия
2. Офтальмоскопия
3. Тонометрия (только при иридоциклитах)
4. Промывание слезных путей
5. Тест Ширмера

6. Взятие мазка на баканализ
7. Консультация терапевта
8. Консультация стоматолога
9. Консультация отоларинголога
10. Консультация невропатолога
11. Диагностические тесты (иммунофлюоресцентный анализ, полимеразно-цепная реакция).

Тактика лечения:

Кортикостероиды не должны назначаться в случаях неподтвержденного диагноза, когда снижается острота зрения или в анамнезе были случаи герпетического поражения глаз. Применение кортикостероидов показано лишь в качестве патогенетической терапии при стромальных формах, протекающих без изъязвления.

Эффективность доказана: местное применение противовирусных препаратов для лечения поверхностного кератита (идоксуридин, видарабин, трифлуридин, ацикловир, интерферон, полудан). Наиболее эффективны и обладают минимальными побочными действиями ацикловир, интерферон, полудан. Идоксуридин может вызвать развитие точечной кератопатии уже на первой неделе применения.

Местное применение кортикостероидных препаратов (КСП) для лечения глубокого кератита. Длительный прием ацикловира для предупреждения рецидивов.

Эффективность предполагается:

Прием ацикловира для профилактики рецидивов после пересадки роговицы вследствие герпетического кератита

При развитии неврологической симптоматики необходимо лечение совместно с невропатологом.

Перечень основных медикаментов:

1. Интерферон глазные капли
2. Полудан глазные капли
3. Нитрофурацил водный раствор
4. Сульфацил натрия глазные капли
5. *Атропин раствор (глазные капли) (сульфат) 0,1%, 0,5%, 1% по 1 мл
6. Индометацин глазная мазь
7. *Нитрофурацил 20 мг табл
8. Ацикловир глазная мазь, 200 мг табл; порошок во флаконе 205 мг

Перечень дополнительных медикаментов:

При трех и более рецидивах в течение года – консультации иммунолога.

Критерии перевода на следующий этап (этап стационарного лечения): отсутствие улучшения в течение 7 дней при поверхностных формах. Все глубокие формы и иридоциклит.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance – Herpes simplex – ocular.2004.
2. Современные аспекты лечения герпес – вирусного кератита. Академик РАЕН проф. А.А.Каспаров. НИИ глазных болезней РАМН. Москва.
3. Kaufman H, Martola E, Dohlman C. Herpes simplex treatment with IDU and corticosteroids. TransAm Acad Ophthalmol Otolaringol 1963;67:695-701.
4. Sonkin P, Baratz K, Frothingham R, et al. Acyclovir-resistant herpes simplex virus keratouveitis after penetrating keratoplasty. Ophthalmology 1992;99:1805-8.
5. Liesegang T. Diagnosis and therapy of herpes zoster ophthalmicus. Ophthalmology 1991;98:1261-29.
6. Hoang-Xuan T, Buchi E, Herbolt C. Oral acyclovir for herpes zoster ophthalmicus. Ophthalmology 1992; 99:1062-71
7. Wilhelmus KR. Interventions for herpes simplex virus epithelial keratitis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software. Search Date November 2000.
8. Wilhelmus KR., Gee L., Hauck WW, et al. Herpetic Eye Disease Study. A controlled trial of

topical corticosteroids for herpes simplex stromal keratitis. Ophthalmology 1994; 101: 1883-1895.
9. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. 2003 - Часть 7. - С. 2340-2349.

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

Глаукома

Код протокола: 02-023

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Снижение ВГД с целью предотвращения дальнейшего необратимого прогрессирования снижения зрительных функций, своевременное направление на хирургическое лечение.

Коды МКБ: H40Глаукома

Q15.0 Врожденная глаукома

Определение: Глаукома – группа заболеваний, характеризующихся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления (ВГД), вызванным нарушением оттока водянистой влаги из глаза, с последующим развитием специфических дефектов поля зрения и атрофии (с экскавацией) зрительного нерва.

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, глаукома 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.

Критерии диагностики: Повышение ВГД, сужение полей зрения, снижение остроты зрения, экскавация диска зрительного нерва. Следует заподозрить глаукому и провести обследование органа зрения у больных с систематическими жалобами на радужные круги, прогрессирующим снижением зрительных функций, астенопические жалобы, связанные с ослаблением аккомодации, головную боль, тошноту и рвоту. Обследование включает в себя определение остроты зрения, ВГД, проведение биомикроскопии, офтальмоскопии и периметрии. Необходимо помнить о вероятности повышения ВГД у больных, принимающих глюкокортикоиды (дексаметазон, преднизолон и др.), холиноблокаторы (атропин, метацин, пирензепин, ипратропия бромид) или адреномиметики (сальбутамол, формотерол, тербуталин). Пациентам старше 40 лет следует измерять ВГД и обследовать глазное дно не реже 1 раза в год.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Визометрия
2. Биомикроскопия
3. Офтальмоскопия
4. Тонометрия
5. Периметрия
6. Определение центрального поля зрения
7. Проверка остроты зрения
8. Компьютерная томография (оптическая)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Тонография

2. Гониоскопия

Тактика лечения:

При первичной открытоугольной глаукоме эффективность предполагается: местное применение лекарственных препаратов, лазерная трабекулопластика. Преимущества и недостатки сопоставимы: хирургическая трабекулэктомия.

При глаукоме с нормальным ВГД эффективность предполагается: снижение ВГД, если удастся устранить побочный эффект трабекулэктомии, вызывающий катаракту.

При острой закрытоугольной глаукоме эффективность не установлена для лекарственной терапии.

Врожденная глаукома. Основной принцип – медикаментозное лечение первичной врожденной глаукомы малоэффективно и применяется только до момента проведения операции. С этой целью назначают препараты, угнетающие продукцию водянистой влаги (b - Адреноблокаторы): 0,25-0,5% раствор тимолола 2 раза в день или пролонгированные формы тимолола 1 раз в день (0,5%). При недостаточном снижении ВГД (при утреннем измерении ВГД выше 25 мм рт.ст. без предварительного утреннего закапывания) – дополнительно местные ингибиторы карбоангидразы. При отсутствии компенсации ВГД – системное применение ингибиторов карбоангидразы и осмотических диуретиков. При неэффективности медикаментозного лечения (отсутствие нормализации ВГД) – оперативное лечение.

Лечение первичной открытоугольной глаукомы

ЛС первой очереди

- Тимолол 0,5% (по 1 капле 2 раза/сут).
- Простагландины (по 1 капле 1 раз/сут. вечером).
- Пилокарпин (по 1 капле 3 раза/сут).

ЛС второй очереди

- Бетаксолол 0,25%, 0,5% (по 1 капле 2 раза/сут).
- Дорзоламид 2% (по 1 капле 3 раза/сут).
- Дипивефрин 0,1% (по 1 капле 2 раза/сут).
- Клонидин 0,125-0,25 (по 1 капле 3 раза/сут).

Первичная закрытоугольная глаукома.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПРИСТУПА

-По 1 капле 0,5% раствора тимолола в каждый глаз. Противопоказания – бронхиальная астма или нарушение сердечной проводимости (описаны случаи летального исхода).

-Инстилляции 2% раствора пилокарпина дважды с 15-минутным интервалом, а затем 1-2 капли 4 раза в сутки.

Применение пилокарпина не показано при наличии у больного зрелой катаракты либо ирита.

-В/м вводят литическую смесь: 1-2мл 2,5% раствора хлорпромазина и 1 мл 2% раствора дифенгидрамина (можно в одном шприце).

-Для снижения ВГД можно применять ацетазоламид (500 мг в/м, в/в или внутрь), анальгетики. Противопоказание – аллергия к сульфаниламидам. Наиболее эффективно в/в введение препарата. ЛС не назначают внутрь при рвоте.

-Необходимо немедленно направить больного с острым приступом закрытоугольной глаукомы в офтальмологическое отделение для проведения лазерной периферической иридэктомии либо трабекулэктомии с базальной иридэктомией

-В случае, если снизить ВГД другими методами не удастся, можно назначить препараты, повышающие осмотическое давление крови, в/в (маннитол 2 г/кг в виде 20% раствора в течение 30 минут). Следует помнить, что применение этих препаратов может спровоцировать приступ острой сердечной недостаточности.

ЛЕЧЕНИЕ ПОДОСТРОГО ПРИСТУПА

-3-4 инстилляции 1% раствора пилокарпина в течение нескольких часов.

-0,5% раствор тимолола закапывают 2 раза в день.

-Внутрь назначают 0,25 г ацетазоламида 1-3 раза в день.

-Для купирования приступа и предупреждения развития повторных приступов обязательно проводят лазерную иридэктомию на обоих глазах либо трабекулэктомию с базальной иридэктомией.

Нейропротекторная терапия эффективна только при условии достижения «толерантного давления» любой из выше перечисленных методик. Тolerантное давление подразумевает диапазон ВГД, безопасный для конкретного человека.

Ферментивные антиоксиданты: супероксиддисмутаза

Неферментативные антиоксиданты: 1% раствор метилэтилпиридинола гидрохлорида вводить субконъюнктивально и парабульбарно; 0,02% раствор пентагидроксиэтилнафтохинона вводить субконъюнктивально и парабульбарно; ретинол 35 мг + токоферол 100 мг внутрь по 1 капсуле 2-3 раза в день; кислота липоевая внутрь по 0,025-0,05 г 2-5 раз в день;

Спазмолитики.

1. Производные пуринов: - Теофиллин – внутрь по 250 мг 3 раза в день в течение 2 нед; - Ксантинола никотинат – внутрь по 150 мг 3 раза в день после еды в течение 2 мес или в/м 15% раствор по 2 мл 1 раз в день в течение 10 дней.

2. Индольные алкалоиды: - Винпоцетин – по 5 мг 3 раза в день в течение 1 мес, далее по 5 мг один раз в день длительно.

3. Пуриновые алкалоиды: - Пентоксифиллин – внутрь во время или после еды по 400 мг 3 раза в день в течение 2 нед, далее 2 раза в день в течение 2 нед. - Дипиридамол – по 75-600 мг/сут в несколько приемов за 1 час до еды.

Ангиопротекторы: - Этамзилат – по 0,25 г 3 раза в день в течение 2-3 мес.

Ноотропные препараты:

- Пирацетам – внутрь по 30-160 мг/кг/сут в течение 6-8 нед;

- Никотиноил γ-аминомасляная кислота – внутрь по 1 таблетке (10мг) 3 раза в день.

Подбор гипотензивных препаратов в течение 1-3 дней. При нормализации ВГД – проведение курса поддерживающей терапии в течение 1 месяца. Поддерживающее лечение в виде месячных курсов 2 раза в год: с применением сосудорасширяющих препаратов, ангиопротекторов, антиоксидантов, а также препаратов, улучшающих мозговое и периферическое кровообращение. Витамины и антиоксиданты в различных комбинациях: эмоксипин 0,5 мл парабульбарно - 10 дней; таурин 0,5 мл парабульбарно - 10 дней; милдронат парабульбарно-0,5 - 10 дней, 1 тб х 3 раза в день 30 дней либо 1,0 в/м - 10 дней. Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 2,0 мл в/м.

Перечень основных медикаментов:

1. *Тимолол глазные капли
2. *Пилокарпин раствор (глазные капли) (гидрохлорид) 2% 5 мл, 4% 10 мл
3. Бетаксолол 0,25% глазные капли
4. Дорзоламид мазь
5. Дипивефрин глазная мазь
6. Клонидин 0,075 мг, 0,3 мг, 0,15 мг табл
7. *Хлорпромазин раствор для инъекций 2,5% в ампуле 2 мл; таблетка 25 мг, 100 мг
8. Дифенгидрамин гель для наружного применения 20 г
9. *Винпоцетин 5 мг, 10 мг табл
10. Пентоксифиллин 100 мг драже
11. Этамзилат 250 мг табл
12. Пирацетам 30 мг табл
13. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови раствор для инъекций 40 мг/мл раствор для инфузий 10%, 20%

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап (этап стационарного лечения):

- острый или подострый приступ ЗУГ
- высокое ВГД

- снижение зрительных функций при нормальном ВГД
- нестабилизированная глаукома

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. American Academy of Ophthalmology. Guideline. Primary Angle Closure. 2000.
2. American Academy of Ophthalmology. Guideline. Primary Open-Angle Glaucoma. 2003.
3. American Academy of Ophthalmology. Guideline. Primary Open-Angle Glaucoma Suspect. 2002.
4. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance-Glaucoma. 2004.
5. EBM Guidelines. Glaucoma. 2004.
6. American Academy of Ophthalmology. Primary Open-Angle Glaucoma Suspect (Initial and Follow-up Evaluation). 2003.
7. ICO International Clinical Guidelines. . Primary Open-Angle Glaucoma (Initial and Follow-up Evaluation). 2005.
8. 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.
9. Glaucoma Laser Trial Group. The glaucoma laser trial (GLT) and glaucoma laser trial follow-up study: results. Am.J.Ophtalmol 1995, 120: 718-731.
10. 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
11. Collaborative normal-tension glaucoma study group. The effectiveness of intraocular pressure reduction in the treatment of normal0tension glaucoma. Am.J.Ophtalmol 1998, 126: 498-505.
12. 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.
13. Evidence-Based Medicine Guidelines. DUODEMECUM Medical Publications. 2001.

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

Гнойный средний отит

Код протокола: 03-028a

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: устранение гноетечения из уха, восстановление целостности барабанной перепонки, улучшение слуха, предупреждение внутричерепных осложнений

Коды МКБ: Н66 Гнойный и неуточненный средний отит

Н66.9 Средний отит неуточненный

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. Хроническое течение может приводить к легкому или умеренному снижению слуха на 20-60 дБ. Распространение инфекции может способствовать развитию угрожающих жизни осложнений (внутричерепная инфекция, острый мастоидит).

К ХСГО не относятся случаи длительной перфорации барабанной перепонки в отсутствие отделяемого или при его эпизодическом появлении, не сопровождающиеся симптомами активной инфекции.

Классификация:

1. Острый (перфоративный и неперфоративный)
2. Хронический (грануляции, полипы, холестеатома)

Факторы риска: частые инфекционные заболевания верхних дыхательных путей, плохие бытовые условия (скученность проживания, антисанитария, недостаточное питание).

Критерии диагностики: Боли в ухе, гнойные выделения из уха, повышение температуры тела и снижение слуха

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Отоскопия
2. Вестибулометрия
3. Исследование органа слуха с помощью камертона
4. ОАК (лейкоцитарная формула, СОЭ)
5. Тональная аудиометрия
6. Речевая аудиометрия
7. Объективная аудиометрия

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография височных костей по Майеру, Стенверсу, Шулеру
2. Взятие мазка на бактериологическое исследование
3. Акуметрия

Тактика лечения:

Эффективность установлена для местного применения антибиотиков. Применяют ушные капли: полимиксин, пefлоксацин, левомицетиновый спирт, нормакс. Софрадекс показан при неперфоративных формах из-за ототоксичности на слуховой нерв при проникновении в полость среднего уха.

Местное применение кортикостероидных препаратов снижает выраженность воспалительной реакции.

Применяют ушные капли: дексаметазон или гидрокортизон.

Не установлена значимость очищения наружного слухового прохода и барабанной полости, местного применения антисептиков, пероральное и в/в применение антибиотиков, тимпанопластики в сочетании с мастоидэктомией или без нее.

Перечень основных медикаментов:

1. *Диазепам раствор для инъекций 5 мг/мл ампуле 2 мл
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 10 мг, 20 мг табл; раствор для инъекций 1%, 5% в ампуле 1 мл
6. *Неостигмина 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. *Прокаионамид 0,25 г табл
11. Фурацилин 1:5000 фл
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:

Госпитализируются осложненные и все гнойные формы для профилактики осложнений (внутричерепной инфекции, мастоидита)

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Kasemsuwan L, Clongsuesuek P. A double blind, prospective trial of topical ciprofloxacin versus normal saline solution in the treatment of otorrhoea. Clin Otolaryngol 1997; 22: 44-46
2. 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
3. Acuin J, Smith A, Mackenzie I. Intervention for chronic suppurative otitis media. In: The Cochrane Library. Issue 4.
4. Supiyaphun P, Kerekhanjanarong V, Koranasophonpun J, Sastarasadhit V. Comparison of ofloxacin otic solution with oral amoxycillin plus chloramphenicol ear drop in treatment of chronic suppurative otitis media with acute exacerbation. J Med Assoc Thai 2000;83: 61-68.

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

Катаракта

Код протокола: 02-368

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: предотвращение дальнейшего развития катаракты, сохранение остроты зрения. При прогрессировании катаракты – своевременное направление на хирургическое лечение.

Коды МКБ: H25 Старческая катаракта

H26 Другие катаракты

H28.0 Диабетическая катаракта

Q12.0 Врожденная катаракта

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 (споринья, нафталин, таллий, тринитротолуол, динитрофенол, нитроокрасители) 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 Штейнера), синдром Дауна, трисомия по 13 и 15 парам хромосом; гипопаратиреоидное состояние; больные с артериальной гипертензией. Риск развития врожденной катаракты увеличивает наличие у беременной сифилиса, токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции. Травмы глаза. Курение.

Критерии диагностики: Анамнестические данные, объективное исследование (офтальмологический осмотр: оценка остроты зрения, наружный осмотр, биомикроскопия с помощью щелевой лампы, измерение ВГД). Следует проводить скрининг всех пациентов старше 40 лет со снижением остроты зрения, находящихся в группах риска по катаракте.

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 блеклое, слабое или отсутствует.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация офтальмолога
2. Проверка остроты зрения
3. Общий анализ крови (6 параметров)
4. Биомикроскопия глаза
5. Гониоскопия
6. Периметрия
7. Офтальмоскопия
8. УЗИ глаза
9. Тонometрия

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация терапевта
2. Консультация педиатра

3. Консультация эндокринолога

Тактика лечения: Медикаментозную терапию следует применять только на начальных этапах помутнения хрусталика с целью улучшения обменных процессов в тканях хрусталика. Она недостаточно эффективна при помутнениях в заднем отделе хрусталика, однако дает определенный эффект при длительном применении и помутнениях в переднем отделе. Таурин закапывают в конъюнктивальный мешок 3 раза в день в течение длительного времени. Витаминные капли, а также глазные капли, содержащие азапентацен, закапывают 3-5 раз в день.

Уточнение коррекции афакии для дали и для работы вблизи, контактная коррекция. Проведение повторных курсов лечения амблиопии.

Критерии перевода на следующий этап: Своевременное направление на лечение при образовании вторичной катаракты и появлении осложнений (вторичная глаукома, отслойка сетчатки).

Обследование 2 раза в год в течение последующих 3 лет, а затем 1 раз в год.

Перечень основных медикаментов:

1. *Таурин раствор 4% (глазные капли) в ампуле 1 мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

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.

Конъюнктивит у детей

Код протокола: 02-021д

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: устранение симптомов, элиминация возбудителя, профилактика осложнений и распространения процесса

Код МКБ: H10 Конъюнктивит

Определение: **Конъюнктивит** – воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки, отеком и зудом век; иногда осложняется поражением роговицы с нарушением зрения. Конъюнктивиты составляют около 30 % всей глазной патологии. У детей наиболее часто встречаются конъюнктивиты бактериальной природы.

Классификация: по течению – острый, хронический.

Факторы риска: Контакт с инфекционным агентом.

Критерии диагностики: Анамнестические данные, объективное исследование. У детей младшего возраста с выделениями из глаз необходимо обследовать уши. Нередко у них выявляют средний отит. Заболевание возникает остро, сопровождается выраженными субъективными ощущениями: резь в глазах, зуд (обычно связан с аллергическими реакциями), обильное слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости, иногда светобоязнь. Чаще поражаются оба глаза (вначале один, а затем процесс распространяется на другой глаз). Объективно: блефароспазм, отек, утолщение, гиперемия конъюнктивы. Необходимо также дифференцировать конъюнктивит аллергической природы, чтобы избежать ненужного применения антибиотиков.

Перечень основных диагностических мероприятий: оценка остроты зрения, наружный осмотр.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

- Категорически запрещено накладывать повязку (под повязкой резко усиливается возможность развития кератита).
- Для механического удаления отделяемого из конъюнктивальной полости ее промывают растворами антисептиков 1:5000 раствор нитрофурала (фурацилина) или перманганата калия).
- Для лечения конъюнктивита с наличием гнойного отделяемого следует назначить антибиотики на 3-7 дней. В конъюнктивальный мешок закапывают растворы антимикробных ЛС в течение первых нескольких дней каждые 2-4 часа, по мере стихания воспалительного процесса частота закапываний уменьшается до 3-6 раз в сутки. Курс лечения 7-10 дней. Антибактериальная терапия: хлорамфеникол 0,25% глазные капли - принят как антибиотик первой линии, нитрофурал 0,02% глазные капли, сульфациламид натрия 30% глазные капли, неомицин сульфат 0,5% глазные капли. При аллергическом конъюнктивите- антигистаминные препараты, например, дифенгидрамин 0,3% - глазные капли, а также в виде таблеток. Консультация аллерголога при отсутствии эффекта от лечения.

При дистрофических процессах, снижении показателей теста Ширмера – препараты искусственной слезы.

При вирусном процессе – противовирусная терапия (интерферон-альфа).

Перечень основных медикаментов:

1. Фурацилин 1: 5000 фл
2. *Калия перманганат водный раствор 1:10 000
3. *Хлорамфеникол глазные капли
4. Нитрофурал глазные капли
5. Сульфациламид глазные капли
6. Неомицин глазные капли
7. Дифенгидрамин гель для наружного применения 20 г

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: неэффективность терапии в течение 3 дней.

Литература, использованная при подготовке протокола:

- 1.American Academy of Ophthalmology. Guideline. Conjunctivitis. 2003
- 2.Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- infective. 2004
3. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- allergic. 2004
- 4.International Council of Ophthalmology. Guideline. Conjunctivitis (Initial evaluation) 2005
- 5.EBM Guidelines. Conjunctivitis. 2004
- 6.Sheikh A., Hurvitz B, Cave J. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. In: Cochrane Library.
- 7.Доказательная медицина. Ежегодный справочник. 2003 - Часть 7. - С. 2314-2321.

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

Конъюнктивит

Код протокола: 02-021г

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: устранение симптомов, элиминация возбудителя, профилактика осложнений и распространения процесса

Код МКБ: H10 Конъюнктивит

Определение: **Конъюнктивит** – воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки, отеком и зудом век; иногда сопровождается поражением роговицы с нарушением зрения. Конъюнктивиты составляют около 30 % всей глазной патологии. Наиболее часто встречаются конъюнктивиты бактериальной природы. Вирусные, аллергические и дистрофические конъюнктивиты распространены реже.

Классификация: по течению – острый, хронический; по этиологии – бактериальный, вирусный, аллергический, аутоиммунный, хламидийный.

Факторы риска: Контакт с инфекционным агентом, иммуно-дефицитные состояния, курение, проф. вредности, путешествия.

Показания к госпитализации: Неэффективность терапии в случаях неясной этиологии, развитие осложнений (редко).

Критерии диагностики: Анамнестические данные, объективное исследование (офтальмологический осмотр: оценка остроты зрения, наружный осмотр, биомикроскопия с помощью щелевой лампы), диагностические тесты, мазки на культуру, биопсия. Заболевание возникает остро, сопровождается выраженными субъективными ощущениями: резь в глазах, зуд (обычно связан с аллергическими реакциями), обильное слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости, иногда светобоязнь. Чаше поражаются оба глаза (вначале один, а затем процесс распространяется на другой глаз). Объективно: блефароспазм, отек, утолщение, гиперемия конъюнктивы. Дифференциальная диагностика. Конъюнктивит следует дифференцировать от следующих заболеваний: ирит, кератит, приступ глаукомы. Необходимо также дифференцировать конъюнктивит аллергической природы, чтобы избежать ненужного применения антибиотиков.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Остроты зрения проверка
2. Биомикроскопия глаза.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Тест Ширмера
2. Взятие мазка на баканализ (глаз.)
3. Высев биологической жидкости без отбора колоний

Тактика лечения: Эффективность доказана для местного применения антибактериальной терапии (норфлоксацина) по сравнению с плацебо [1]. В целом ряде РКИ не выявлено преимуществ какого-либо антибактериального средства по сравнению с другими для местного применения [2]. Не выявлено достоверных различий местного применения полимиксина-бацитрацина по сравнению с приемом внутрь цефиксима. В одном систематическом обзоре показано, что без лечения через 2-5 дней от начала заболевания частота самостоятельного клинического излечения или улучшения составляет 64%. При инфицировании некоторыми возбудителями может наблюдаться поражение роговицы.

- Для механического удаления отделяемого из конъюнктивальной полости ее промывают растворами антисептиков

(1:5000 раствор нитрофурала (фурацилина) или перманганата калия).

- Для лечения конъюнктивита даже с наличием гнойного отделяемого следует назначить антибиотики на 3-7 дней. Эффективность доказана при бактериальном конъюнктивите, подтвержденном результатами микробиологического исследования.

- При отсутствии значительных выделений следует применять глазные антибактериальные

мази на период сна, а также в дневное время (в домашних условиях). В конъюнктивальный мешок закапывают растворы антимикробных ЛС в течение первых нескольких дней каждые 2-4 часа, по мере стихания воспалительного процесса частота закапываний уменьшается до 3-6 раз в сутки. Мазевые формы лучше использовать в ночное время суток. Курс лечения 7-10 дней. Выбор ЛС зависит от возбудителя.

Антибактериальная терапия: хлорамфеникол 0,25% глазные капли- принят как антибиотик первой линии, нитрофурал 0,02% глазные капли, сульфациетамид натрия 30% глазные капли, неомицина сульфат 0,5% глазные капли. Комбинированные препараты, содержащие антибактериальные и стероидные средства (в каплях).

При аллергическом конъюнктивите - антигистаминные препараты, например, дифенгидрамин 0,3% - глазные капли, а также в виде таблеток. Консультация аллерголога при отсутствии эффекта от лечения.

При дистрофических процессах, снижении показателей теста Ширмера – препараты искусственной слезы.

При вирусном процессе – противовирусная терапия (интерферон-альфа).

Перечень основных медикаментов:

1. Фурацилин 1: 5000 фл
2. *Каля перманганат водный раствор 1:10 000
3. *Хлорамфеникол глазные капли
4. Нитрофурал глазные капли
5. Сульфациетамид глазные капли
6. Неомидин глазные капли
7. Дифенгидрамин гель для наружного применения 20 г

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

Неэффективность терапии в случаях неясной этиологии, развитие осложнений (редко).

Литература, использованная при подготовке протокола:

- 1.American Academy of Ophthalmology. Guideline. Conjunctivitis. 2003
- 2.Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- infective. 2004
3. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- allergic. 2004
- 4.International Council of Ophthalmology. Guideline. Conjunctivitis (Initial evaluation) 2005
- 5.EBM Guidelines. Conjunctivitis. 2004
- 6.Sheikh A., Hurvitz B, Cave J. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. In: Cochrane Library.
- 7.Доказательная медицина. Ежегодный справочник. 2003 - Часть 7. - С. 2314-2321.

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

Наружный отит

Код протокола: 03-034а

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: устранение симптомов, устранение инфекции, уменьшение риска повторения, предотвращение осложнений

Код МКБ: Н60 Наружный отит

Определение: Наружный отит включает все воспалительные состояния уха, наружного слухового прохода или наружной поверхности барабанной перепонки. Наружный отит может быть локализованным или диффузным, острым или хроническим. Локализованный наружный отит (фурункул) – воспаление волосяного фолликула наружного слухового прохода, возбудитель чаще всего *Staphylococcus aureus*. Причиной диффузного наружного отита в большинстве случаев является *Pseudomonas aeruginosa* или *Staphylococcus aureus*, а также грибковая инфекция, контактный дерматит, аллергический контактный дерматит.

Факторы риска: попадание воды в наружный слуховой проход, жаркий и влажный климат, атопические и другие аллергические состояния, себорейная экзема и прочие заболевания кожи, некоторые системные заболевания (сахарный диабет), некоторые психосоциальные проблемы, хронический средний отит, рожа, опоясывающий лишай.

Критерии диагностики:

Отечность и покраснение кожи слухового прохода, шелушение, мокнутие, слизистое или гнойное отделяемое. Резкая вначале боль сменяется затем сильным зудом и ощущением заложенности в ухе. Диагностика на основании жалоб, осмотра, аудиограммы слуха. Иногда необходим бактериологический посев гноя и исследование на грибы.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Микрореакция.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мочи
2. Определение глюкозы
3. Исследование кала на яйца глист

Тактика лечения:

1. При диффузном наружном отите промывают ухо теплым раствором риванола (1:5000), смазывают 3-5 % раствором нитрата серебра, 1-2 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого, марлевые тампоны, смоченные 2% раствором алюминия субацетата или 3% спиртовым раствором борной кислоты. Также применяются ушные капли с гентамицином и ушные капли с антибиотиками в комбинации с кортикостероидами (Фрамецитина сульфат 5 мг + Грамицидина, 50 мкг + Дексаметазона метасульфобензоат, 500 мкг/мл, ушные капли преднизолон/неомицин, бетаметазон/неомицин, гентамицин/гидрокортизон). При наружном отите грибковой этиологии хороший противовоспалительный эффект дают мази гидрокортизона, оксикорта и преднизолон.

НПВС (парацетамол 0,5-1,0 4 раза в день, ибупрофен 400 мг 3 раза в день) применяются при наружном отите грибковой этиологии.

Антибактериальная терапия амоксициллин 250/5 мл, эритромицин 250-500 мг 3 раза в день назначается при наружном отите бактериальной этиологии.

Перечень основных медикаментов:

2. Риванол раствор (1:5000)
3. Нитрат серебра 3-5 % раствор
4. *Бриллиантовый зеленый раствор спиртовый 1%, 2% во флаконе 10 мл, 20 мл
5. Алюминия субацетат 2% раствор
6. *Борная кислота раствор спиртовый 3% 10-50 мл порошок
7. *Гентамицин раствор (глазные капли) 0,3% 5 мл
8. *Бетаметазон раствор для инъекций в ампуле 1 мл

9. *Гидрокортизон мазь, гель 1%
10. *Метилпреднизолон мазь
11. *Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл
12. **Амоксициллин, пероральная суспензия 250 мг/5 мл
13. **Фрамецитина сульфат 5 мг + Грамицидина, 50 мкг + Дексаметазона метасульфобензоат, 500 мкг/мл, ушные капли

Перечень дополнительных медикаментов:

1. **Парацетамол сироп 2,4% во флаконе; суспензия; суппозитории 80 мг
2. *Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
3. **Амоксициллин+клавулановая кислота порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 156,25/5 мл; 312,5 мг/5 мл
4. *Флуконазол капсула 50 мг, 150 мг; раствор во флаконе для в/в введения 100 мл

Критерии перевода на следующий этап: при сильных болях в ухе, наличии фурункула переводят в стационар для оперативного вмешательства.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Hirsch BE. Infection of the external ear. Am J Otolaryngol 1992;17:207
2. Hirsch BE. Infection of the external ear. Am J Otolaryngol 1992;13:145-155
3. Otitis externa. Daniel Hajioff. Search date March 2005 BMJ
4. Prodigy Guidance – Otitis externa, 2004.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Острый и подострый иридоциклит

Код протокола: 02-0266

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: купирование воспалительного процесса и болевого синдрома.

Код МКБ: H20.0 Острый и подострый иридоциклит

Определение: Иридоциклит (ИЦ) 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.

Критерии диагностики: Жалобы, данные анамнеза, объективное исследование (офтальмологический осмотр).

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.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Визометрия
2. Биомикроскопия
3. Офтальмоскопия

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Тонометрия
2. Периметрия
3. Эхография
4. Обзорная рентгенография черепа в двух проекциях
5. Общий анализ крови
6. Микрореакция
7. Консультация стоматолога
8. Консультация отоларинголога
9. Консультация терапевта
10. Консультация фтизиатра
11. ИФА
12. ПЦР на вирус простого герпеса, цитомегаловирус, токсоплазмоз, бруцеллез, хламидии

Тактика лечения: В связи с тем, что в 70% случаев этиологический фактор установить невозможно, проводится следующее лечение:

Эффективность не установлена для кортикостероидов и нестероидных противовоспалительных средств в виде глазных капель. Однако специалисты считают их применение оправданным.

1. Длительная циклоплегия, например, атропином по одной капле 2-3 раза в сутки.
2. Антибактериальная терапия (например, цiproфлоксацин по 1 кап х 6 раз в день), по показаниям (при рецидивах, отказе от госпитализации и т.п.) – общая антибактериальная терапия, например, цiproфлоксацин 500-1000 мг 2 раза в день, гентамицин 80 мг 2 раза в день и/или антибиотики в виде параорбитальных инъекций)
3. Неспецифическая противовоспалительная терапия, например, индометацин по 1 табл (25

мг) 3 раза в день.

4. Местная 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.

Вышеописанное лечение проводят в течение недели, далее – в зависимости от ответа. В случае тяжелого иридоциклита показана госпитализация, и/или параорбитальные инъекции, и/или пероральный прием глюкокортикоидов (подбор дозировки лучше проводить в условиях стационара).

Перечень основных медикаментов:

1. *Ципрофлоксацин 250 мг, 500 мг табл
2. *Гентамицин раствор для инъекций 40 мг/мл, 80 мг/2 мл в ампуле
3. *Индометацин 25 мг табл
4. *Дексаметазон раствор (глазные капли) 0,1% 10 мл

Перечень основных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап (на этап стационарного лечения):

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

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. EBM Guidelines. Iridocyclitis. 2004
2. Dunne JA. Travers JP. Topical steroids in anterior uveitis. Trans Ophthalmol Soc UK 1979, 99: 481-484.
3. 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.
4. 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.
5. 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: 389-391.

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

Ретинопатия диабетическая

Код протокола: 02-193

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: стабилизация зрительных функций и офтальмоскопической картины.

Коды МКБ: N36.0 Диабетическая ретинопатия

Определение: Диабетическая ретинопатия – это осложнение сахарного диабета, проявляющееся в поражении сетчатки. Могут поражаться как периферические области сетчатки, так и желтое пятно (макула)

Классификация:

По стадии: непролиферативная, препролиферативная, пролиферативная

По форме: с макулопатией и без.

Факторы риска: Повышенный уровень глюкозы при СД. Давность заболевания СД. Риск возникновения увеличивается с возрастом. Артериальная гипертензия. Повышение уровня липидов в плазме. Курение.

Критерии диагностики: Данные анамнеза, объективное исследование (офтальмологический осмотр).

Микроаневризмы, кровоизлияния, экссудат. Изменения вен, неоваскуляризация, пролиферативная ткань различной степени, вызванные сахарным диабетом.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация терапевта
2. Консультация эндокринолога
3. Консультация офтальмолога
4. Проверка остроты зрения
5. Офтальмоскопия
6. Тонометрия
7. Биомикроскопия глаза
8. Периметрия
9. Определение глюкозы

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Флюоресцентная ангиография глазного дна
2. УЗИ глаза
3. Определение глюкозы в моче (качественная проба)
4. Циклоскопия
5. Компьютерная томография (оптическая)

Тактика лечения:

При диабетической ретинопатии доказана эффективность следующих вмешательств: лечение сахарного диабета, лечение артериальной гипертензии, отказ от курения, лазерная фотокоагуляция (ЛФ) сетчатки при пролиферативной, препролиферативной и непролиферативной ретинопатии и макулопатии, ЛФ области желтого пятна при его отеке, сопровождающемся клиническими проявлениями.

Эффективность предполагается для ЛФ по типу решетки областей утолщения сетчатки при диабетической макулопатии, панретиальная лазеркоагуляция, фокальная лазеркоагуляция.

Лазеркоагуляция проводится на фоне общей и местной медикаментозной терапии, включающей:

- дезагреганты: милдронат 0,5 парабульбарно № 10, в /м - 4,0 № 10, в капсулах по 1 x 2 раза в день, 20 дней.
- антиоксиданты и ангиопротекторы : этамзилат 0,5 п/б , 1,5 в /м № 7; депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 2,0 внутримышечно № 10, 0,5 парабульбарно № 10.
- витаминотерапия: аскорутин по 1 табл 3 раза – 1 мес., аскорбиновая кислота 2,0 в /м № 10, нейромультивит по 1 табл 2 раза в день – 1 мес.
- метаболитики винпоцетин 1 табл x 3 раза в день, 1 месяц.

Перечень основных медикаментов:

1. Милдронат раствор для инъекций 500 мг, амп
2. *Этамзилат 250 мг табл
3. *Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, 500 мг табл; раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
4. Препараты, содержащие комплекс витаминов
5. *Винпоцетин 5 мг, 10 мг табл; раствор для инъекций в ампуле 2 мл
6. *Депротеинизированный гемодериват из телячьей крови раствор для инъекций 40 мг/мл раствор для инфузий 10%, 20%

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: стабилизация зрительных функций

Литература, использованная при подготовке протокола:

- 1.American Academy of Ophthalmology. Guideline. Diabetic Retinopathy. 2003.
- 2.EBM Guidelines. Diabetic eye disease, with special reference to diabetic retinopathy. 2004.
- 3.American Academy of Ophthalmology. Diabetic Retinopathy (Initial and Follow-up Evaluation). 2003.
- 4.ICO International Clinical Guidelines. . Diabetic Retinopathy (Initial and Follow-up Evaluation). 2005.
- 5.Доказательная медицина. Ежегодный справочник. 2003 – Часть 7. – С. 2360-2370.

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

Синусит у детей

Код протокола: 03-029 б

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: восстановление носового дыхания, устранение гнойного отделяемого из носа.

Коды МКБ: J01 Острый синусит
J01.0 Острый верхнечелюстной синусит
J01.9 Острый синусит неуточненный
J32 Хронический синусит
J32.0 Хронический верхнечелюстной 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.

Классификация:

1. острые (катаральные, гнойные)
2. хронические (гнойные, одонтогенные, гиперпластические, полипозно-кистозные)

Факторы риска: Аллергия. Частые простудные заболевания.

Критерии диагностики: Диагноз бактериального синусита основывается на данных анамнеза и объективном исследовании, тем не менее, золотым стандартом в установлении диагноза является аспирация содержимого из пазух.

Дифференциальная диагностика между бактериальным и вирусным синуситами основывается на длительности болезни и выраженности симптомов.

Нарушение носового дыхания, гнойные выделения из носа, локальные боли в подглазничной (гайморит), надбровной (фронтит), затылочной (сфеноидит) области и переносицы (этмоидит). У детей чаще встречается воспаление пазух решетчатой кости - этмоидит (единственные пазухи, полностью развитые при рождении). Возможны поражения верхнечелюстных пазух (не имеют клинического значения до 18-месячного возраста). Поражения других пазух редко встречаются до достижения ребенком 10 лет.

Тактика лечения: Антибактериальная терапия необходима для наступления скорейшего выздоровления. Для исключения неоправданного назначения антибактериальной терапии следует назначать её только в случаях персистирования симптомов инфекционного заболевания ВДП или в самом начале заболевания на фоне тяжелого течения и выраженной симптоматики. Целесообразность её назначения подтверждается данными мета-анализа, выполненного по данным исследований, в ходе которых эффективность лечения оценивалась методом золотого стандарта (А). Детям до 2 лет с не осложненным течением острого бактериального синусита, при течении заболевания легкой и средней степени тяжести, показана терапия амоксициллином в обычной дозе 45 мг/кг/день двукратными приёмами или выше 90 мг/кг/день двукратными приёмами. Если у пациента имеется аллергия к антибиотикам возможно назначение цефалоспоринов: цефдинир (14 мг/кг/день в 1-2 приёма), цефуросим (30 мг/кг/день двукратными приёмами), цефаклор или цефподоксим (10 мг/кг/день). В случае серьезных аллергических реакций показано использование кларитромицина в дозе 15 мг/кг/день двукратными приёмами или азитромицина в дозе 10 мг/кг/день в первый день, затем 5 мг/кг/день в течение 4 - х дней в один приём. Альтернативный вариант – для лечения пациентов с резистентными к пенициллину штаммами *St. Pneumoniae* – клиндамицин 30-40 мг/кг/день в 3 приёма. Если положительная динамика отсутствует, и состояние пациента не улучшается – то терапию следует начинать с назначения высоких доз амоксициллина - клавуланата в дозе 80-90 мг/кг/день амоксициллина и 6,4 мг/кг/день клавуланата двукратными приёмами. Альтернативной терапией является назначение цефдинира, цефуросима, цефподоксима. Однократные дозы

цефтриаксона (50 мг/кг/день) могут назначаться внутривенно или внутримышечно если пациента беспокоит рвота, не позволяющая назначить препарат перорально. Через 24 часа после наступления улучшения клинического состояния пациента, следует перейти на пероральный приём. Если состояние пациента не улучшается, не смотря на смену антибиотика и/или при тяжелом течении заболевания, существует 2 варианта ведения пациента. Рекомендуется проконсультировать пациента у отоларинголога с целью выполнения пункции гайморовой пазухи, для выполнения бактериологического анализа на чувствительность к антибиотикам с последующим целенаправленным лечением. Альтернативный вариант – назначить цефотаксим или цефтриаксон внутривенно и направить пациента на консультацию к специалисту только в случае, если данная терапия окажется неэффективной. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг\кг\день в течение 5 дней.

Вспомогательная терапия используется как дополнение к терапии антибиотиками. К такой терапии относят: различные соль содержащие спреи (гипертонические и изотонические), антигистаминные препараты; препараты, подавляющие секрецию и сосудосуживающие (местного и центрального действия), муколитические препараты, стероиды для местного применения.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин 250 мг табл; 250 мг, 500 мг капс; порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг, 1000 мг; суспензия 125/5 мл во флаконе
2. *Цефуоксим 250 мг, 500 мг табл; порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
3. Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл
4. Клиндамицин раствор для инъекций 300 мг/2 мл, амп
5. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг табл; раствор для инъекций 600 мг во флаконе
6. Цефотаксим порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе
7. *Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
8. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

Отсутствие эффекта от лечения в течение недели, появление осложнений.

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. Sinusitis in children. EBM Guidelines. 2004.
5. AAP Issues Recommendations for the Management of Sinusitis in Children. Practice Guidelines. American Family Physician. 2002.
6. Clinical Practice Guideline: Management of Sinusitis. American Academy of Pediatrics. 2001.
7. Acute Bacterial Sinusitis in Children 1 to 18 years of age. Evidence Based Clinical Practice Guideline. Children s Hospital Medical Center Cincinnati. 2001.
8. Prodigy Guidance-Sinusitis. 2004.

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

Синусит

Код протокола: 03-029в

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Восстановление носового дыхания, устранение гнойного отделяемого из носа.

Коды МКБ:

J01	Острый синусит
J01.0	Острый верхнечелюстной синусит
J01.9	Острый синусит неуточненный
J32	Хронический синусит
J32.0	Хронический верхнечелюстной 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.

Критерии диагностики: Диагноз бактериального синусита основывается на данных анамнеза и объективном исследовании, тем не менее, золотым стандартом в установлении диагноза является аспирация содержимого из пазух.

Дифференциальная диагностика между бактериальным и вирусным синуситами основывается на длительности болезни и выраженности симптомов.

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

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Рентгенография придаточных пазух в 1 проекции
3. Пункция гайморовой пазухи

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения: Антибактериальная терапия необходима для наступления скорейшего выздоровления. Для исключения неоправданного назначения антибактериальной терапии следует назначать её только в случаях персистирования симптомов инфекционного заболевания ВДП или в самом начале заболевания на фоне тяжелого течения и выраженной симптоматики. Целесообразность её назначения подтверждается данными мета-анализа, выполненного по данным исследований, в ходе которых эффективность лечения оценивалась методом золотого стандарта (А). Препаратом выбора является амоксициллин в стандартной дозе 250-500 мг 3 раза в день. Если положительная динамика отсутствует, и состояние пациента не улучшается – то терапию следует начинать с назначения высоких доз амоксициллина+клавуланановой кислоты в дозе 250/1000 мг 2-3 раза в день. Альтернативной терапией является назначение, цефуроксима. Однократные дозы цефтриаксона (50 мг/кг/день) могут назначаться внутривенно или внутримышечно если пациента беспокоит рвота, не позволяющая назначить препарат перорально. Через 24 часа после наступления улучшения клинического состояния пациента, следует перейти на пероральный приём. Если состояние пациента не улучшается, не смотря на смену антибиотика и/или при тяжелом течении заболевания, существует 2 варианта ведения пациента. Рекомендуются проконсультировать пациента у отоларинголога с целью выполнения пункции гайморовой пазухи, для выполнения бактериологического анализа на чувствительность к антибиотикам с последующим целенаправленным лечением. Альтернативный вариант – назначить цефотаксим или цефтриаксон внутривенно и направить пациента на консультацию к специалисту только в случае, если данная терапия окажется неэффективной. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии

итраконазол оральный раствор 400 мг\сут течение 7 дней. Вспомогательная терапия используется как дополнение к терапии антибиотиками. К такой терапии относят: различные соль содержащие спреи (гипертонические и изотонические), антигистаминные препараты; препараты, подавляющие секрецию и сосудосуживающие (местного и центрального действия), муколитические препараты, стероиды для местного применения.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин 250 мг табл; 250 мг, 500 мг капс; порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг, 1000 мг; суспензия 125/5 мл во флаконе
2. *Цефутоксим 250 мг, 500 мг табл; порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
3. Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл
4. Клиндамицин раствор для инъекций 300 мг/2 мл, амп
5. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг табл; раствор для инъекций 600 мг во флаконе
6. Цефотаксим порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе
7. *Цефтриаксон порошок для приготовления инъекционного раствора 250 мг, 500 мг, 1 000 мг во флаконе
8. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: Отсутствие эффекта от лечения в течение недели, появление осложнений.

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

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

Тромбофлебиты и флебиты

Код протокола: 05-049г

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Фиксация и рассасывания тромбов, предотвращение осложнений.

Коды МКБ: I80 Флебит и тромбофлебит

I83 Варикозное расширение вен нижних конечностей

Определение: **Тромбоз глубоких вен нижних конечностей** - формирование одного или нескольких тромбов в пределах глубоких вен нижних конечностей или таза, сопровождаемое воспалением сосудистой стенки. Может осложняться нарушением венозного оттока и трофическими расстройствами нижних конечностей. По локализации разделяют проксимальный и дистальный тромбоз глубоких вен.

Тромбофлебиты вен на верхних конечностях встречаются крайне редко, и в основном провоцирующими факторами их возникновения являются многократные punctии для введения лекарственных средств или длительное нахождение катетера в поверхностной вене.

Варикозное расширение вен - стойкое и необратимое их расширение и удлинение, возникающее в результате грубых патологических изменений стенки вен, а также недостаточности их клапанного аппарата вследствие генетического дефекта.

Классификация:

По локализации: тромбофлебит глубоких вен, тромбофлебит поверхностных вен

Факторы риска: возраст старше 40 лет, наличие варикознорасширенных вен, онкозаболевания, тяжелые расстройства сердечно-сосудистой системы (сердечная декомпенсация, окклюзии магистральных артерий), гиподинамия после тяжелых операций, явления гемипареза, гемиплегия, ожирение, обезвоживание, банальные инфекции и сепсис, беременность и роды, прием пероральных противозачаточных препаратов, травма конечностей и оперативные вмешательства в зоне прохождения венозных стволов.

Критерии диагностики:

1. Болезненный плотный инфильтрат в виде шнура по ходу подкожной вены
2. Над инфильтратом возможна гиперемия кожи с уплотнением подкожной клетчатки
3. При ходьбе умеренная болезненность
4. Температура тела субфебрильная
5. Лейкоцитоз

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. С-реактивный белок
3. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
4. Тромбоэластограмма
5. Протромбиновый индекс
6. Флебография
7. Ультразвуковая доплерография вен
8. Дуплексное сканирование вен
9. Определение времени свертываемости капиллярной крови
10. Консультация хирурга

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мочи

Тактика лечения

Преимущества и недостатки сопоставимы: прием антикоагулянтов при тромбозе глубоких вен, введение нефракционированного и низкомолекулярного гепарина при тромбозе глубоких вен, сочетание варфарина с гепарином при изолированном тромбозе вен голени, введение нефракционированного или низкомолекулярного гепарина или антикоагулянтов при тромбоэмболии легочной артерии.

При тромбозе поверхностных вен:

Двигательная активность больного должна быть ограничена только выраженной физической нагрузкой (бег, подъем тяжестей, выполнение какой-либо работы, требующей значительного мышечного напряжения конечностей и брюшного пресса).

Применение наружной компрессии (эластический бинт, гольфы, колготки) в острой фазе воспаления могут вызвать определенный дискомфорт, поэтому этот вопрос должен решаться строго индивидуально.

Применение гепарина уже через 3–5 дней может вызвать у пациента тромбоцитопению, а уменьшение количества тромбоцитов более чем на 30% требует прекращения терапии гепарином. То есть возникают трудности контроля за гемостазом, особенно в амбулаторных условиях. Поэтому более целесообразным является использование низкомолекулярных гепаринов (далтепарин 100 МЕ/кг 2 раза/сут п/к, надропарин 100 МЕ/кг 2 раза/сут п/к, так как они крайне редко вызывают развитие тромбоцитопении и не требуют такого тщательного контроля за свертывающей системой. На курс лечения достаточно 10 инъекций, а затем больной переводится на антикоагулянты непрямого действия (4).

Противовоспалительная терапия – ибупрофен 400 мг 3 раза в день, ацетилсалициловая кислота 1 г 3 раза в день, напроксен 250 мг 2 раза в день, диклофенак натрия 50 мг 2 раза в день, парацетамол 1 г 4 раза в день.

Мазевые формы гепарина

Перечень основных медикаментов:

1. *Гепарин раствор для инъекций
2. Далтепарин раствор для инъекций 100 МЕ
3. Надропарин раствор для инъекций 2850 МЕ, 3800 МЕ, 5700 МЕ, 7600 МЕ
4. *Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл
5. *Ацетилсалициловая кислота 300-500 мг табл
6. Напроксен 250 мг табл
7. *Диклофенак натрия 25 мг, 100 мг, 150 мг табл
8. *Парацетамол 200 мг, 500 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: фиксация и рассасывание тромбов; профилактика развития тромбэмболии легочной артерии; стабилизация процесса, отсутствие нетрудоспособности являются основанием для перевода в гр. Д II диспансерного наблюдения. Неэффективность лечения; острый или подострый тромбоз поверхностных вен, локализация тромбоза на уровне бедра являются основанием для госпитализации.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Brandjes DPM, Heijboer H, Buller HR, Rijk M, Jagt H, Ten Cate JW. Acenocoumarol and heparin compared with acenocoumarol alone in the initial treatment of proximal-vein thrombosis. N Engl J Med 1992; 327:1485-1489;
2. Lagerstedt C, Olsson C, Fagher B, Oqvist B, Albrechtsson U. Need for long term anticoagulant treatment in symptomatic calf vein thrombosis. Lancet 1985; 334: 515-518;
3. Barrit DW, Jordan SC. Anticoagulant drugs in the treatment of pulmonary embolism: a controlled trial. Lancet 1960; i:1309-1312;
4. Кияшко В.А., Тромбозы поверхностных вен: диагностика и лечение, 2003;
5. Prodigy Guidance – Thrombophlebitis, 2005;

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

Хронические болезни миндалин и аденоидов у детей

Код протокола: 03-035ж

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: при обострении необходимо добиться санации очагов инфекции.

Коды МКБ: J35 Хронические болезни миндалин и аденоидов

Определение: **Тонзиллит** - это хроническое поражение паренхимы небных миндалин. Критериями тяжелого течения считаются не менее 5 подтвержденных рецидивов тонзиллита в год, нарушение повседневной активности в период рецидива.

Критерии диагностики:

Повторяющиеся ангины не менее 2 раз в год. Местно: гиперемия и утолщение передних дужек, рубцовые изменения лакун, спаянность миндалин с дужками, гнойное содержимое лакун, болезненность при глотании.

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Назначают постельный режим, обильное питье. Обезболивающие и противовоспалительные препараты (парацетамол, ибупрофен). Антибиотики группы цефалоспоринов такие, как цефаклор, клиндамицин по 20-30 мг на кг в день три раза в день в три приема в течение 10 дней. Амоксицилин+клавулановая кислота 40 мг на кг в день в 3 приема, 10 дней. Пенициллин G1,2 на 10⁶Т 1 раз парентерально.

Тонзилэктомия. Декомпенсированные формы и неэффективность консервативного лечения, более 5 эпизодов тонзиллита в год является показанием к тонзиллэктомии. Достоверных данных о естественном течении хронического тонзиллита у детей не найдено. У участников рандомизированных клинических испытаний, получавших антибиотики, со временем отмечалась тенденция к улучшению. Аденомотомия производится по преимуществу эндоскопически.

Перечень основных медикаментов:

1. *Парацетамол 200 мг, 500 мг табл
2. *Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл
3. Феноксиметилпенициллин 500 мг табл
4. *Эритромицин 250 мг, 500 мг табл
5. *Цефалексин 250 мг, 500 мг табл
6. Клиндамицин раствор для инъекций 300 мг/2 мл, амп
7. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг табл; раствор для инъекций 600 мг во флаконе

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

Неэффективность консервативной терапии, наличие сопутствующей патологии со стороны внутренних органов.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance-Sore Throat Acute. 2004.
2. Institute For Clinical System Improvement. Health Care Guideline. Acute Pharyngitis. May 2005.
3. EBM Guideline. Sore Throat and Tonsillitis. 2004.
4. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Sore Throat and Tonsillitis. December 2005.
5. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Acute Pharyngitis. December 2005.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. National Clinical Guideline. Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. January 1999.

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

Хронические болезни миндалин и аденоидов

Код протокола: 03-035и

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП

Цель этапа: при обострении необходимо добиться санации очагов инфекции. Стойкая клинико-лабораторная ремиссия.

Коды МКБ: J35 Хронические болезни миндалин и аденоидов

J35.0 Хронический тонзиллит

J35.1 Гипертрофия миндалин

J35.2 Гипертрофия аденоидов

J35.3 Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов

Определение: Тонзиллит - это инфекционное поражение паренхимы небных миндалин. Критериями тяжелого течения считаются не менее 5 подтвержденных рецидивов тонзиллита в год, возникновение рецидивов в течение года, нарушение трудоспособности и повседневной активности в период рецидива.

Критерии диагностики: Повторяющиеся ангины не менее 2 раз в год. Местно: гиперемия и утолщение передних дужек, рубцовые изменения лакун, спаянность миндалин с дужками, гнойное содержимое лакун.

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация стоматолога
2. Консультация терапевта
3. Консультация ревматолога
4. ЭКГ

Тактика лечения:

Назначают постельный режим, обильное питье. Обезболивающие и противовоспалительные препараты (парацетамол, ибупрофен). Антибиотики группы цефалоспоринов такие, как цефалексин по 750 мг два раза в день в течении 7-10 дней или клиндамицин по 450 мг три раза в день в течении 7-10 дней. Эффективность не установлена для тонзиллэктомии по сравнению с терапией антибиотиками у взрослых. Декомпенсированные формы и неэффективность консервативного лечения является показанием к тонзиллэктомии. Аденомотомия производится по преимуществу эндоскопически.

Достоверных данных о естественном течении хронического тонзиллита у детей и взрослых не найдено. У участников рандомизированных клинических испытаний, получавших антибиотики, со временем отмечалась тенденция к улучшению.

Перечень основных медикаментов:

1. *Парацетамол 200 мг, 500 мг табл
2. *Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл
3. Феноксиметилпенициллин 500 мг табл
4. *Эритромицин 250 мг, 500 мг табл
5. *Цефалексин 250 мг, 500 мг табл
6. Клиндамицин раствор для инъекций 300 мг/2 мл, амп

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: Неэффективность консервативной терапии, наличие сопутствующей патологии со стороны внутренних органов.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance-Sore Throat Acute. 2004.
2. Institute For Clinical System Improvement. Health Care Guideline. Acute Pharyngitis. May 2005.
3. EBM Guideline. Sore Throat and Tonsillitis. 2004.
4. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Sore Throat and Tonsillitis. December 2005.

5. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Acute Pharyngitis. December 2005.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. National Clinical Guideline. Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. January 1999.
7. Alberta Medical Association. Guideline. The Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis. November 2001.
8. American Society of Infection Diseases. A Practice Guideline. Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis.1997.
9. University of Michigan Health System. Guidelines for Clinical Care. Pharyngitis. December 2000.
10. Advisory Committee. Guidelines & Protocols. Diagnosis and Management of Sore Throat. 2003.
11. American Society of Infection Diseases. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis.2002.
12. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected
13. children. N Engl J Med 1984; 310:674-683
14. Paradise JL, Bluestone CD, Rogers KD, et al. Comparative efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in more versus less severely affected children [abstract]. Pediatric Res 1992; 31: 126A.

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

Астма у детей

Код протокола: 04-044

Профиль: ПМСП

Этап: поликлиника

Цель этапа:

1. купирование бронхиальной обструкции;
2. подбор адекватной базисной терапии;
3. предотвращение развития тяжелых форм заболевания, приводящих к снижению качества жизни и инвалидизации;
4. купирование приступов удушья;
5. восстановление дыхательных функций.

Длительность лечения: 11 дней

Коды МКБ: J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента
J45.8 Смешанная астма
J45.9 Астма неуточненная
J45 Астма
J46 Астматический статус

Определение: Бронхиальная астма (БА) - хроническое аллергическое воспаление стенки бронхов, основным патогенетическим механизмом которого является гиперреактивность бронхов, обусловленная воспалением, а основным клиническим проявлением - приступ удушья (преимущественно экспираторного характера) вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов. БА у детей характеризуется наличием постоянного или периодически возникающего кашля и затрудненного дыхания со свистящими хрипами преимущественно в ночные или утренние часы. Отягощенная наследственность.

Астма - это хроническое воспалительное состояние дыхательных путей. Дыхательные пути гиперчувствительны и с легкостью подвержены констрикции в ответ на широкий спектр аллергенов. Это приводит к кашлю, свистящему дыханию, стеснению в груди и укорочению дыхания.

Классификация:

1. по тяжести: интермиттирующая, легкая персистирующая, среднетяжелая персистирующая, тяжелая персистирующая;
2. по фазе течения: обострение, стихающее обострение, ремиссия.

Факторы риска:

1. Наследственная предрасположенность к атопии;
2. пассивное курение усугубляет тяжесть астмы в детском возрасте;
3. курение в подростковом возрасте увеличивает риск персистирующей астмы;
4. клещи домашней пыли;
5. шерсть животных;
6. пыльца и плесневые грибы;
7. лекарственные препараты.

Критерии диагностики:

1. симптомы или признаки сочетаемые с астмой:
 - повторные (по крайней мере 3 раза) экспираторные одышки;
 - экспираторное свистящее дыхание или длительный (> 6 недель) рекуррентный кашель. Кашель без диспноэ должен быть тщательно диагностирован с целью диф.диагностики;
 - значительное (по крайней мере на 20%) снижение дневной флюктуации в показателях PEF (максимальная объемная скорость выдоха);
 - повышение (по крайней мере на 15%) PEF во время терапевтической процедуры;

- значительное улучшение FEV₁ или PEF (или mid-expiratory flow at 50% of forced vital capacity, MEF₅₀) в бронходилатационном тесте;
 - значительное снижение FEV₁ (объем форсированного выдоха) или PEF в тесте с нагрузкой;
 - бронхиальная гиперчувствительность на гистамин или метахолин провокационный тест;
 - или, у маленьких детей, экспираторные свистящее дыхание во время воспаления дыхательных путей, под действием аллергенов или при нагрузке;
 - определение иммуноглобулина E;
2. отсутствие других причин (синусит, бронхит, бронхиолит, коклюш, трахеи, бронхов, гортань констрикция или маляция, эзофагеальный рефлюкс, инородное тело, бронхоэктазы, фиброз мочевого пузыря, психогенная этиология) кашля детей или респираторных заболеваний.

Если перечисленные критерии (1 и 2 и 3) встречаются, диагноз астмы может быть поставлен.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Прием педиатра;
2. Общий анализ крови (6 параметров);
3. Пикфлоуметрия;
4. Измерение функций внешнего дыхания;
5. Консультация аллерголога;
6. Специфическая диагностика (с аллергенами) с последующей специфической иммунотерапией.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография грудной клетки;
2. Бронхоскопия;
3. Бронхография;
4. Компьютерная томография грудной органов клетки.

Тактика лечения:

Возраст 1-4 года

Шаг 1 мягкая интермиттирующая астма

Ингаляционные короткодействующие бета2 - агонисты по необходимости

Шаг 2 регулярная превентивная терапия

Добавить ингаляционные стероиды 200-400 мкг/день BDP или BUD или 100-200 мкг/день FP – использовать более высокие дозы при тяжелой форме или кромогликат* или недокромил или монтелукаст в каплях по 1 капле 2 раза в день при невозможности использовать кортикостероиды.

Шаг 3 дополнительная терапия

У детей меньше 2 лет переход на шаг 4

У детей 2-4 лет попробовать монтелукаст.

Шаг 4 плохой постоянный контроль заболевания

Обратитесь к педиатру

Возраст 5-15 лет

Шаг 1 легкая интермиттирующая астма

Ингаляционные короткодействующие бета2 агонисты* по необходимости

Шаг 2 регулярная превентивная терапия

Добавить ингаляционные стероиды* 200-400 мкг/день BDP или BUD или 100-200 мкг/день FP – использовать более высокие дозы при тяжелой форме

(или кромогликат* или недокромил или монтелукаст при невозможности использовать кортикостероиды)

Шаг 3 дополнительная терапия

1. ингаляционные бета2 агонисты длительного действия

2. оценить ответ на ингаляционные бета2 агонисты длительного действия
3. хороший ответ на терапию – продолжать терапию
4. есть эффект от ингаляционных бета2 агонистов длительного действия в максимальных дозах но все еще неадекватный контроль состояния, увеличить дозу ингаляционных кортикостероидов до 400 мкг/день BDP или BUD или 200 мкг/день FP (если только эту дозу уже не используется)
5. нет ответа на терапию ингаляционными бета2 агонистами длительного действия – прекратить терапию. Попробовать монтелукаст или SR теофиллин** капс. 100 мг

Шаг 4 постоянный плохой контроль заболевания

1. увеличить дозу ингаляционных кортикостероидов до 600-800 мкг/день BDP или BUD или 300-400 мкг/день FP
 2. продолжать дополнительную терапию
- обратиться к педиатру если нет улучшений

Шаг 5 продолжается плохой контроль заболевания

1. обратиться к педиатру
2. поддерживать высокие дозы ингаляционных кортикостероидов
3. рассмотреть таблетированные формы кортикостероидов* в малых дозах для адекватного контроля

Критерии начала регулярной ежедневной лекарственной терапии

- регулярная лекарственная терапия должна назначаться детям с симптомами возникающими еженедельно.
- Чем больше симптомов у ребенка и легче симптомы, провоцируемые после физической нагрузки, и более тяжелая форма атопии у ребенка, семейная предрасположенность, больше указаний для начала медикаментозной терапии ингаляционными кортикостероидами*.
- Дети школьного возраста могут быть переведены на регулярную лекарственную терапию и должны держать лечащего врача в курсе своих дел.

Перечень основных медикаментов:

1. ** Сальбутамол/ фенотерол 5 мг табл.; 0,5 мг/10 мл раствор для инъекций;
3. **Беклометазон флакон 200 доз;
4. **Флютиказон 50 мкг 1 доза во флаконе 120;
5. ** Салметерол 25 мкг/доза, аэрозоль для ингаляции;
6. **Теофиллин 300 мг табл./ 100 мг, 200 мг, 300мг капсулы; 350мг капсула ретард;
7. *Кромоглициевая кислота 1 мг, 5 мг глазные капли;
8. *Ипротропия бромид 100 мл аэрозоль;
9. назальные спреи (*Кромоглициевая кислота 1 мг, 5 мг; *кортикостероиды 50,0).

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Будезонид 50 мкг 1 доза. 200 доз во флаконе;
2. *Тербуталин 2,5-5 мг табл.;
3. Эбастин 10 мг табл.;
4. Антигистамин 10 мг табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения – стационар:

Осложненное течение (status asthmaticus, гормонозависимость, неэффективность проводимой терапии).

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. PRODIGY Guidance – Asthma; Last revised in November 2004
www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Asthma
2. EBM Guidelines, 12.1.2005
3. Best practice evidence based guideline, management of asthma in children aged 1-15 years, 2005, paediatric society of New Zealand, www.paediatrics.org.nz
4. SIGN and BTS, 2004
5. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NIH Publication No 02-3659 Issued

January, 1995 (updated 2002) Management Segment (Chapter 7): Updated 2004 from the 2003 document. The GINA reports are available on www.ginasthma.org.

6. Asthma and other wheezing disorders in children Search date October 2004, Clinical Evidence, BMJ
7. Diagnosis and treatment of childhood asthma, EBM Guidelines, 12.1.2005

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Ветряная оспа у детей

Код протокола: 18-1596

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. Купирование клинических проявлений болезни
2. Отсутствие осложнений

Длительность лечения: 10-14 дней

Коды МКБ: B01 Ветряная оспа

B01.9 Ветряная оспа без осложнений

Определение: Ветряная оспа – высококонтагиозное острое вирусное инфекционное заболевание с умеренно выраженной интоксикацией и характерной полиморфной везикулезной сыпью на коже и слизистых оболочках.

Классификация:

1. По типу:
 - типичная;
 - атипичная (рудиментарная, пустулезная, буллезная, геморрагическая; гангренозная, генерализованная);
2. По тяжести: легкая форма, среднетяжелая форма, тяжелая форма;
3. По течению: - гладкое;
 - негладкое (с осложнениями, с наложением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний).

Факторы риска

1. источник - больной ветряной оспой и опоясывающим герпесом;
2. восприимчивость очень высокая, преимущественно болеют дети дошкольного возраста;
3. высоковосприимчивы лица с иммунодефицитом или иммуносупрессией, новорожденные при отсутствии иммунитета у матери.

Критерии диагностики:

1. контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим герпесом;
2. синдром интоксикации;
3. неправильный тип температурной кривой;
4. везикулезная сыпь на коже и слизистых;
5. ложный полиморфизм сыпи.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (3 параметра).

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. При соответствующих осложнениях консультация узких специалистов.

Тактика лечения:

- 1) легкая форма – уход за кожей (обработка 1% раствором бриллиантовой зелени) и слизистыми, обильное питье
- 2) среднетяжелая форма – уход за кожей и слизистыми, обильное питье, при высокой температуре (больше 38,5 С) назначается парацетамол*: до 3 мес – 10мг/кг, 3 мес – 1 год – 60-120 мг, 1 – 5 лет – 120-250 мг, 6 – 12 лет – 250-500 мг, старше 12 лет (масса тела больше 60 кг) – 500 мг. Это разовые дозы.
- 3) ацикловир используется только при тяжелых формах 200-800 мг/ кг (суточная доза) - делится на 4 раза в сутки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Парацетамол 300-500 мг, табл.;
2. * 1% раствор бриллиантового зеленого 10 мл, 20 мл во флаконе.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Ацикловир 200 мг, 800 мг; 5% мазь-2,0.

Критерии перевода на следующий этап лечения – стационар:

- 1) выраженная интоксикация, геморрагические проявления, нейротоксикоз;
- 2) развитие осложнений:
 - специфические: острые стенозирующие ларинготрахеиты и ларинготрахеобронхиты, энцефалиты, миелиты, кератиты, геморрагические нефриты, миокардиты, синдром Рея.
 - неспецифические: абсцессы, флегмоны, лимфадениты, отиты, пневмония, сепсис.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. PRODIGY Guidance – Chickenpox Last revised in November 2004
2. 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.
3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Под ред. Бащинского С.Е., Москва, Медиа-Сфера, 2003г., выпуск 2, часть 1, с. 522-528.
4. Chickenpox EBM Guidelines 02.08.2001

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

Гастроэнтериты у детей

Код протокола: 18-148

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. Купирование: диарейного синдрома, дегидратации, профилактика осложнений;
2. Стойкое клиническое улучшение состояния, выздоровление;
3. Отсутствие диарейного синдрома, купирование дегидратации, улучшение самочувствия и аппетита.

Длительность лечения (дней): 7 дней

Коды МКБ: A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения
A02 Другие сальмонеллезные инфекции
A03 Шигеллез
A08 Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции
A05 Другие бактериальные пищевые отравления

Определение: Диареей называют жидкие испражнения, обычно частые и с увеличением объема стула до > 200 мл/сут.

Эпидемиология. В промышленно развитых странах причиной sporadических случаев диареи оказываются микроорганизмы родов *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli*, *Yersinia*, простейшие, вирусы. Более чем в половине случаев причину диареи установить не удастся.

Острый гастроэнтерит характеризуется диареей с или без симптомов или признаков тошноты и рвоты, повышением температуры тела и болью в животе. У детей специфические симптомы нередко отсутствуют. Диарею диагностируют при наличии учащенного неоформленного жидкого стула.

Диарея определяется пассажем жидкого стула и его частотой, по крайней мере, 3 раза за день.

Классификация:

1. Секреторные диареи;
2. Инвазивные диареи.

Факторы риска:

1. больные острыми и хроническими формами, бактериовыделители;
2. нарушение санитарно-гигиенического режима;
3. дети раннего возраста;
4. дети с фоновой патологией;
5. иммунодефицитные, иммуносупрессивные состояния.

Критерии диагностики:

1. эпиданамнез;
2. синдром интоксикации (острый инфекционный токсикоз);
3. синдром обезвоживания (дегидратация, эксикоз);
4. лихорадка;
5. гастроинтестинальный синдром.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Бакпосев кала.

Тактика лечения:

1. Постельный режим в остром периоде.
2. Соблюдение санитарных норм.

3. Диета назначается с учетом возраста больного, периода и тяжести заболевания, длительности течения патологического процесса, а также состояние питания ребенка до заболевания, механически и химически щадящая.
4. Оральная регидратация в 2 этапа: 1 этап в течение 4-6 часов

Возраст	Меньше 4 мес	4-11 мес	12-23 мес	2-4 года	5-14 лет	15 лет и старше
Вес	Меньше 5 кг	5-7,9 кг	8-10,9 кг	11-15,9 кг	16-29,9 кг	30 кг и более
ОРС (мл)	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2000-4000

Приблизительный объем ОРС** = 75 мл на 1 кг.

5. Поддерживающая терапия:

восполнение текущих патологических потерь. Назначается в возрасте до 2-х лет – 50-100 мл ОРС после каждого жидкого стула, старше 2-х лет – 100-200 мл до прекращения потерь жидкости.

6. Сульфаметоксазол+триметоприм** 120-480 мг или сироп.

7. Антибактериальная терапия.

8. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг\кг\день, детям старше 5 лет

Показания:

- 1) при легкой форме инвазивной диареи только у детей раннего возраста, ослабленных сопутствующими заболеваниями;
- 2) наличие гемоколита;
- 3) среднетяжелая и тяжелая форма инвазивной диареи;
- 4) два АБ только при тяжелых и генерализованных формах;
- 5) при отсутствии эффекта от проводимой АБ терапии в течение 2 суток от начала лечения производится смена препарата.

Дозы АБ, применяемых для лечения ОКИ у детей

Препарат	Суточная доза
Амоксициллин**	250-500 мг или капсулы или суспензия
Амоксициллин + клавулановая кислота*	20-40 мг/кг вводят в 3 приема, энтерально
Нетилмицин*	Новорожденные до 1 нед – 6 мг/кг Новорожденные старше 1 нед – 7,5-9 мг/кг 1 мес – 14 лет – 6-7,5 мг/кг вводят в 2-3 приема, парентерально.
Амикацин*	10 - 15 мг/кг вводят в 2-3 приема, парентерально.
Цефтриаксон*	Новорожденные – 20-50 мг/кг 1 мес-1 год - 100 мг/кг после 1 года – 1-2 г вводят однократно, парентерально.
Хлорамфеникол*	До 1 года 25-30 мг/кг Старше 1 года – 50 мг/кг вводят в 2-3 приема, парентерально.

- 6) Висмута трикалия дигидрат по 1 табл. 3 раза в день;
- 7) фаготерапия – показана, как монотерапия при легких и стертых формах ОКИ, при среднетяжелых ОКИ в острой фазе в сочетании с АБ, для лечения бактерионосительства и дисбактериоза кишечника.

Характеристика бактериофагов:

Название бактериофага	0 – 6 мес	6 – 12 мес	1 – 3 года	Старше 3 лет	Старше 7 лет	Форма выпуска препарата
Пиобактериофаг комбинированный	3 - 5	10 - 15	15 - 20	20 - 30	50	Во флаконе,мл
Пиоцеанеус	3 - 5	10 - 15	10 - 15	20 - 30	50	Во флаконе,мл
Клебсиеллезный поливалентный очищенный	3 - 5	10 - 15	15 - 20	20 - 30	50	Во флаконе,мл
Клебсиеллезный пневмонии очищенный	3 - 5	10 - 15	15 - 20	20 - 30	50	Во флаконе,мл
Стафилококковый	2 - 5	10 - 20	15 - 20	20 - 30	-	Во флаконе,мл
Колипротейный	5 - 10	10 - 20	15 - 20	20 - 30	30 - 50	Во флаконе,мл
Интестибактериофаг	3 - 5	3 - 5	3 - 5	5 - 10	10 – 20	Во флаконе,мл
Дизентерийный с пектиновым основанием*	-	1	1	2	2	Таблетки
Дизентерийный с кислотоустойчивым покрытием*	-	-	-	2	2	Таблетки
Поливалентный сальмонеллезный*	5 - 10	10 - 20	20	20 - 50	60 - 80	Во флаконе,мл

Перечень основных медикаментов:

1. **Оральная регидрационная соль;
2. **Сульфаметоксазол+триметоприм 120 мг, 480 мг табл; 240мг/5 мл сироп;
3. Амоксициллин 250мг, 500мг; 250мг,500мг капсулы; 250мг/5 мл пероральная суспензия;
4. Висмута трикалия дицитрат 120 мгтабл.;
5. *Цефтриаксон20-50 мг;
6. *Итраконазол оральнйй раствор 150 мл – 10 мг\мл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Амикацин 10 мг;
2. *Хлорамфеникол25 мг;
3. Бактериофаги
4. *Нетилмицин 9мг;
5. *Амоксициллин + клавулановая кислота 20-40 м г

Критерии перевода на следующий этап лечения: – стационар

1. многократная рвота после любой пищи или питья;
2. наличие токсикоза любой степени в сочетании с дегидратацией любой степени, наличие клинически шока II-III степени (бактериального или гиповолемического);
3. диарея в течение 14 дней;
4. умеренное (беспокоен, болезненно раздражен, пьет с жадностью, запавшие глаза, кожная складка расправляется медленно) обезвоживание;
5. тяжелое обезвоживание (летаргичен или без сознания, запавшие глаза, не может пить, кожная складка расправляется очень медленно).

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 3. М. Медиа Сфера, 2004, с 479-481.
2. PRODIGY Guidance - Gastroenteritis Last revised in October 2003, www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Gastroenteritis.
3. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for

- children with acute gastroenteritis (AGE). Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2001 Apr. 13 p.
4. Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports November 21, 2003 / Vol. 52 / No. RR-16 Managing Acute Gastroenteritis Among Children Oral Rehydration, Maintenance, and Nutritional Therapy.
 5. Gastroenteritis in children, Search date August 2004, Clinical Evidence, BMJ.
 6. King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. MMWR Recomm Rep 2003 Nov 21;52 (RR-16):1-16.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Гнойные ангины у детей

Код протокола: 03-035д

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Отсутствие гноя на миндалинах, нормализация температуры и выздоровление.

Длительность лечения: 7-10 дней

Коды МКБ: J02 Острый фарингит
J03 Острый тонзиллит

Определение: Острый тонзиллит (ангина) - это инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего небных миндалин, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами. Встречается в 28% случаев от общей заболеваемости.

Классификация:

1. Первичные ангины: катаральная, лакунарная, фолликулярная;
2. Вторичные ангины: поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях (дифтерия, скарлатина, туляремия, брюшной тиф, инфекционный мононуклеоз), при заболеваниях системы крови (агранулоцитоз, алиментарно-токсическая алейкия, лейкоз).

Факторы риска:

1. человек, больной любой формой стрептококковой или стафилококковой инфекции или носитель;
2. высокая восприимчивость в различных возрастных группах;
3. частые ОРВИ;
4. отягощенный преморбидный фон;
5. дети первого полугодия жизни.

Критерии диагностики:

1. контакт с больным стрептококковой или стафилококковой инфекцией;
2. синдром интоксикации;
3. повышение температуры тела;
4. боль в горле;
5. гнойные наложения на ткани миндалин;
6. увеличение регионарных лимфатических узлов.

Перечень основных диагностических мероприятий

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Консультация оториноларинголога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий

1. Консультация кардиолога (по показаниям);
2. Нефролога (по показаниям);
3. Мазок из зева на ВЛ.

Тактика лечения:

1. Режим постельный в течение всего острого периода.
2. Диета, соответствующая возрасту.
3. Обильное питье.
4. Антибиотикотерапия:

При легких формах – амоксициллин + клавулановая кислота** 20-40 мг/кг х 3 раза в сутки, энтерально.

При ср/тяжелой и тяжелой форме – бензилпенициллина натриевую соль** 100-150 тыс Ед/кг/сут на 4 раза. 7-10 дней. Бициллин – 1 назначается в дозе: 5000-10 000 ЕД на 1 кг массы тела 1 раз в неделю.

При невозможности пенициллинотерапии используются макролиды: эритромицин* 50мг/кг/сут на 4 приема, цефалоспорины* 1-2 поколения: цефтриаксон* - 20-75 мг/кг/сут в 1-2 введения, цефепим *— детям старше 2 мес по 50 мг/кг/сут в 3 введения.

5. Орошение зева 0,02 % раствором фурацилина*, комбинированным раствором поливидон-йода с аллантоином, аэрозолем комбинированного состава гексетидина, метилсалицилата и смеси эфирных масел.

Перечень основных медикаментов:

1. **Амоксициллин + клавулановая кислота 500 мг, 1000 мг, табл.; 250 мг; 500 мг, капс.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
2. **Бензилпенициллина натриевая соль 500 000 ЕД, 1 000 000 ЕД, порошок для инъекций во флаконе;
3. *Фурацилина 0,02 % 200 мл, раствор во флаконе;
4. Цефепим 1 000 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Бициллин – 1 5000-10 000 ЕД порошок для инъекций во флаконе;
2. *Эритромицин 250 мг, 500 мг, таблетка; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
3. Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1 000 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора.

Критерии перевода на следующий этап лечения - стационар

1. Новорожденные.
2. Осложнения - ревматизм, сепсис, нефрит, эндокардит, паратонзиллярный абсцесс.
3. Тяжелая интоксикация.
4. Плохие социальные условия семьи.
5. Эпидемиологические показания.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Tonsillitis, Search date November 2004, Clinical evidence, BMJ
2. Tonsillitis, Search date November 2004, Tonsillectomy versus antibiotics, Clinical evidence, BMJ
3. Sore throat and tonsillitis, EBM Guidelines, 13.5.2004
4. Tonsillitis and pharyngitis in children, EBM Guidelines, 21.4.2004

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Железодефицитная анемия у детей

Код протокола: 16-140а

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа: повышение уровня гемоглобина и гематокрита до нормы

Длительность лечения (дней): 21

Динамическое наблюдение за больным, получающим препараты железа, проводится каждые 10-14 дней. После нормализации гемограммы ферротерапия продолжается в поддерживающих дозах (1-2 мг/кг/сут) еще 2-3 мес для восполнения пула депонированного железа (реабилитационная терапия). При этом диспансерный осмотр проводится 1 раз в месяц. Затем ежеквартально. Через 6-12 мес от нормализации клинико-лабораторных показателей ребенок снимается с диспансерного учета и переводится из второй группы здоровья в первую.

Коды МКБ:

D53 Другие анемии, связанные с питанием

D50 Железодефицитная анемия

Определение: Железодефицитная анемия - патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина из-за дефицита железа в организме в результате нарушения его поступления, усвоения или патологических потерь.

Клинические признаки характеризуются сидеропеническим синдромом: эпителиальные нарушения (трофические нарушения кожи, ногтей, волос, слизистых оболочек), извращение вкуса и обоняния, астено-вегетативные нарушения, нарушение процессов кишечного всасывания, дисфагия и диспептические изменения, снижение иммунитета.

Согласно рекомендациям ВОЗ нижней границей нормы гемоглобина у детей в возрасте до 6 лет следует считать 110 г/л, Ht=33; у детей 6-12 лет - 115 г/л, Ht=34; 12-13 лет - 120 г/л, Ht=36

Классификация:

По этиологии:

1. ЖДА при недостаточном исходном уровне железа (анемия недоношенных, близнецов);
2. нутритивная (или алиментарная) ЖДА;
3. ЖДА инфекционного или инфекционно-алиментарного генеза;
4. ЖДА при резорбционной недостаточности железа (синдром мальабсорбции и др.);
5. хроническая постгеморрагическая ЖДА.

По степени тяжести: легкая, средней тяжести, тяжелая.

По патогенезу: острая постгеморрагическая, хроническая.

Факторы риска:

1. анемия беременных;
2. недоношенность;
3. нерациональное питание;
4. заболевания ЖКТ;
5. глистная инвазия;
6. кровотечение;
7. низкий социум.

Критерии диагностики:

У детей младше 5 лет жизни, ЖДА определяется при концентрации гемоглобина крови менее чем 110 г/л или уровне гематокрита менее 33%.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Определение гемоглобина;
3. Определение ретикулоцитов.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. ЭКГ;
2. Определение общей железосвязывающей способности;
3. Консультация гастроэнтеролог.

Тактика лечения:

До достижения 6 месячного возраста рекомендуется исключительно грудное вскармливание. Детям с ЖДА, находящимся на грудном вскармливании, рекомендуется начало приема железа в 6 месячном возрасте.

Большинству детей, получающим искусственное вскармливание, рекомендуется использование смеси для питания обогащенной железом, до начала приема ребенком жесткой еды (до 12 месячного возраста). Необходимо проводить обучение и консультации родителей по рациональному питанию для профилактики ЖДА.

Доношенные дети должны быть проверены на ЖДА (определение уровня НЬ и Нt) в 6 месячном возрасте, а недоношенные младенцы - не позднее чем в 3-х месячном возрасте.

Дети с установленной ЖДА должны получать препараты железа – железа соли**, однокомпонентные и комбинации препараты, оральные растворы, содержащие более 20 мг/мл соли железа с аскорбиновой кислотой по 1 табл. или 1-2 драже 3 раза в день, фолиевой кислотой** по 1 табл. 3 раза в день.

Препараты железа назначаются из расчета 3 мг/кг веса в сутки до нормализации гемоглобина, реабилитационная терапия - 1-2 мг/кг веса не менее 2-3 месяцев.

Питание, обогащенное железом (смесь). Для подтверждения эффективности назначенной терапии, у всех детей младшего возраста с ЖДА, через 4 недели после начала лечения ЖДА должны быть повторно определены НЬ и Нt. Если отмечается положительный результат на назначенное лечение (увеличение гемоглобина выше или равное 10 г/л, а увеличение Нt на 3% или более), или эти показатели определяются в пределах нормы, то лечение должно продолжаться еще 2 месяца и после этого назначение железа должно быть остановлено. В случае же отсутствия положительного результата на проводимое лечение или при увеличении гемоглобина менее 10 г/л, а увеличение Нt менее чем на 3%, врач должен определить другие возможные причины анемии путем последующего направления больного к гематологу. Дети младшего возраста с умеренной или тяжелой ЖДА (НЬ ниже 90 г/л или Нt менее 27%) должны быть проконсультированы гематологом.

Дети 6-12 лет, имеющие факторы риска на ЖДА (плохие условия жизни или питания) требуют повторного скрининга.

Девочки подросткового возраста должны быть обследованы на наличие ЖДА, по крайней мере, один раз между 15 и 25 годами. При присутствии факторов риска (плохое питание, большие менструальные потери крови, донорство и др.) или наличии в анамнезе диагноза ЖДА требуется более частый скрининг (каждый год).

Если ЖДА заподозрена на основании анализа периферической крови взятой из пальца, то наличие ЖДА желательно подтвердить анализом крови взятой из вены. Для девочек подростков анемия определяется на уровне гемоглобина ниже 120 г/л, Нt- ниже 36%.

При концентрации гемоглобина ниже вышеуказанной границы более чем на 20 г/л, подростки должны получать терапевтическую дозу элементарного железа - 60 мг два раза в день (общая доза 120 мг железа), кроме того, необходимо обучение правильному питанию. Врач должен проверить эффективность назначенной терапии через 1 месяц. Если результат незначительный или его вообще нет (увеличение гемоглобина менее 10 г/л; или увеличение Нt менее 3 единиц), клиницист должен определить другие возможные причины анемии путем последующего направления больной к гематологу. При наличии воспалительного или инфекционного процессов, низкая концентрация гемоглобина или объем гематокрита может свидетельствовать о развитии ЖДА вследствие нарушения распределения железа в организме и требует дополнительного лечения. При получении положительного результата на назначение препарата железа, терапия должна продолжаться до достижения концентрации гемоглобина 120 г/л, после чего доза железа может быть снижена до 120 мг в неделю, и продолжаться в течение 6 месяцев.

Тяжелая ЖДА обычно нетипична для девочек подросткового возраста и дефицит железа редко является причиной такой анемии. Подробная информация о развитии болезни, включая характер питания, более глубокое обследование и дополнительные лабораторные анализы (общий анализ крови, сывороточное железо, содержание трансферрина, концентрация ферритина, количество ретикулоцитов, общий белок, общий билирубин и его фракции) показаны для окончательного подтверждения ЖДА.

У девочек подросткового возраста применение сбалансированного питания для профилактики ЖДА может остановить развитие ЖДА и предотвратить назначение препаратов железа. Поэтому необходимо уделять особое внимание, потреблению мяса и продуктов богатых аскорбиновой кислотой (для увеличения всасывания железа из продуктов питания), исключить потребление чая и кофе во время приема пищи. У девочек подросткового возраста с высоким риском множественной микроэлементной недостаточности, назначить мультивитамино - минеральные препараты, содержащие около 30 мг железа в таблетке.

После окончания курса лечения рекомендуется прием препарат элементарного железа с профилактической целью один раз неделю в течение 6 месяцев:

Возраст	Доза препарата элементарного железа (мг)
6-12 мес	Сироп 30 мг или 3 мг/кг элементарного железа
12-18 мес	60 мг

Перечень основных медикаментов:

1. **Железа соли, однокомпонентные препараты и комбинированные препараты, содержащие более 20 мг/мл соли железа;
2. **Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, 500 мг табл.; 50 мг драже;
3. Фолиевая кислота 1 мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Препарат элементарного железа 30-60 мг табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения – стационар:

Отсутствие нормализации клинико-лабораторных показателей через 2 недели

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии. Ташкент 2004, 68 с.
2. PRODIGY Guidance - Anaemia - iron deficiency Clinical Practice Guidelines, 2005
3. Screening for Iron Deficiency. Anemia—Including Iron Prophylaxis. Clinical guidelines
4. Iron Deficiency Anaemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Корь у детей

Код протокола: 18-159а

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. полное выздоровление;
2. отсутствие эпидемического распространения заболевания;
3. своевременная диагностика и лечение возникших осложнений.

Длительность лечения: 10-14 дней.

Код МКБ: B05.9 Корь без осложнений

Определение: Корь – острое высококонтагиозное инфекционное заболевание с интоксикацией и катаральным воспалением дыхательных путей, специфическими высыпаниями на слизистой оболочке рта и пятнисто-папулезной сыпью на коже с переходом в пигментацию.

Классификация:

1. По типичности: - типичная;
- атипичная (митигированная, abortивная, стертая бессимптомная);
2. По тяжести: легкая форма, среднетяжелая форма, тяжелая форма;
3. По течению: - гладкое;
- негладкое (с осложнениями, с наложением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний).

Факторы риска:

1. неполучившие вакцинацию и ревакцинацию;
2. дети с иммунодефицитом;
3. контакт с больным корью;
4. ранний возраст ребенка;
5. отягощенный преморбидный фон

Критерии диагностики:

В катаральном периоде:

1. контакт с больным корью;
2. постепенное начало болезни;
3. нарастающая температура тела;
4. нарастающий катаральный синдром (кашель, ринит, конъюнктивит и др.);
5. синдром поражения слизистой оболочки полости рта (энантема, рыхлость, пестрота, матовый цвет);
6. пятна Бельского-Филатова-Коплика (в конце периода).

В периоде высыпания:

1. характерный эпиданамнез;
 2. этапное появление сыпи;
 3. сыпь папулезно-пятнистая с тенденцией к слиянию и переходом в пигментацию;
 4. появление сыпи сопровождается новым подъемом температуры тела;
 5. нарастающая интоксикация;
 6. лихорадка и катаральный синдром выражены максимально;
- пятна Бельского-Филатова-Коплика в начале периода.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация окулиста, невропатолога, ЛОР-врача (по показаниям).

Тактика лечения:

Профилактика: живая комбинированная вакцина против кори, эпидемического паротита и

краснухи (КЭПК); живая моновалентная вакцина против кори.

Изоляция больного до 5 дня от появления сыпи, при наличии пневмонии до 10 дня. Разобщение контактных на 21 день.

Постельный режим в течение всего периода лихорадки и первые 2 дня нормализации температуры тела.

Строгая гигиена больного: регулярно умывать, несколько раз в день промывать глаза теплой кипяченой водой, слабым раствором калия перманганата.

Для профилактики стоматита – частое питье (чай, кипяченая вода).

Ретинола пальмитат – 1 раз в день, 2 дня:

до 6 мес-50.000 МЕ, 6-11 мес-100.000 МЕ, 12 мес и старше-200.000 МЕ.

При лихорадке – парацетамол* в разовой дозе:

До 3 мес-10мг/кг, 3мес-1год-60-120мг, 1-5лет-120-250мг, 6-12лет-250-500мг, старше 12лет (масса больше 60кг)-500мг. Интервал не менее 6 часов.

Для борьбы с кашлем применяют амброксол:

Старше 12лет - 30мг х 2-3раза в сутки, 5-12лет - 15мг х 2-3раза в сутки, 2-5лет – 7,5мг х 3раза в сутки, до 2лет – 7,5мг х 2раза в сутки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Водный раствор калия перманганата 1:10000;
2. *Парацетамол 500мг, табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Ретинола ацетат 1 мл амп.; 50 мг раствор масляный в капс.; 114 мг драже ;
2. *Амброксол 30 мг табл.; 15 мг/2 мл амп.; 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл сироп.

Критерии перевода на следующий этап лечения – стационар:

1. выраженные симптомы интоксикации;
2. осложнения: пневмонии, ларингиты с явлениями стеноза, плевриты, бронхиты с явлениями обструкции, энцефалиты, менингиты, энцефаломиелиты, мастоидиты, пиелонефриты, энтероколиты, флегмоны орбиты;
3. наложение вторичной инфекции;
4. обострение хронических заболеваний.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Measles, mumps, and rubella: vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Guideline developer as of January 31, 2001
2. Recommended childhood and adolescent immunization schedule. United States, 2005
3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Immunizations. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005 Jun. 61 p.

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

Ларингит (ларинготрахеит) у детей

Код протокола: 03-037

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. Купирование дыхательной недостаточности (синдрома крупа) и бронхиальной обструкции.
2. Исчезновение одышки, кашля, дыхания стенотического характера, восстановление нормального голоса.
3. Купирование токсикоза: нормализация температуры тела, улучшение самочувствия, появление аппетита.

Длительность лечения: 7-10 дней

Коды МКБ: J04.0 Острый ларингит
J04.1 Острый трахеит
J05 Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит
J04 Острый ларингит и трахеит

Определение: Круп - собирательный термин, обозначающий острый ларингит или ларинготрахеит при инфекционных заболеваниях; сопровождается стенозом гортани. Острый стеноз гортани – быстро возникшее (в течение нескольких секунд, минут, часов или дней) затруднение дыхания через гортань, связанное с сужением ее просвета.

Классификация (Учайкин В.Ф., 1998):

По степени нарастания атопии:

1. первичный;
2. повторный (до 3-х раз);
3. рецидивирующий (более 3-х раз).

По степени стеноза гортани:

1. 1 степень (компенсации);
2. 2 степень (субкомпенсации);
3. 3 степень (декомпенсации);
4. 4 степень (асфиксия).

Факторы риска:

1. Причиной ларингитов являются вирусы. Вирус Parainfluenza является причиной ларингита в 70% случаев;
2. Отягощенный аллергоанамнез;
3. Загрязненная атмосфера;
4. Сухой климат.

Критерии диагностики:

1. лающий кашель;
2. инспираторная одышка;
3. охриплость;
4. стридор (жесткий вдох при вдохе).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография грудной клетки

Тактика лечения:

- Прохладный, влажный воздух является благоприятным: при такой погоде ребенка следует выводить на улицу.
- Традиционная симптоматическая терапия состоит из ингаляционной терапии с помощью парового ингалятора в кабинете у врача или в отделение неотложной терапии. Дома паровые ингаляции можно проводить в ванной комнате, ванну следует заполнить

влажным паром путем обливания из душа стенок ванны теплой водой. Родители должны находиться в ванне с ребенком около 15 мин.

- Несмотря на то что терапия паром является давно установленным методом лечения, нет доказательств положительного влияния на диспное. Поэтому данная процедура рекомендуется только если ребенок не напуган и не следует его принуждать.

- Дексаметазон* эффективен при спастическом крупе (стенозирующий ларингит) в дозе 0.6 мг/кг per os или внутримышечно (максимально 10 мг). Доза может быть повторена позже - 1-2 раза. Эффект наступает медленно. Ингаляционный кортикостероид – беклометазон дипропионат 50-100 мкг х 2-4 раза в сутки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Дексаметазон 0,5 мг, 1,5 мг, табл.;
2. *Беклометазон дипропионат 200 доз, аэрозоль.

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения: – стационар

1. развитие синдрома дыхательной недостаточности;
2. наличие признаков стеноза II-III степени.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. EBM Guidelines 21.3.2005 Laryngitis in children
http://www.terveysportti.fi/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=ebm00615
2. 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 издание, исп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 1248 стр.: ил 866-867
3. Cruz MN, Stewart G, Rosenberg N. use of dexamethasone in the out-patient manegment of acute lryngotracheitis. Pediatrics 1995;96:220-3

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

Неврозы у детей

Код протокола: 01-015

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. Снижение клинических симптомов заболевания;
2. Длительная ремиссия.

Длительность лечения: 13 дней

Коды МКБ: F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F48 Другие невротические расстройства

F50 Расстройства приема пищи

F95 Тики

F98 Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

Определение: Неврозы – группа функциональных нервно-психических заболеваний с преобладанием эмоционально-аффективных, соматовегетативных расстройств в виде истощаемости, раздражительной слабости, утомляемости при отсутствии психотических симптомов. Неврозы проявляются в форме обратимых непсихотических нарушений нервной деятельности с доминированием эмоциональных и соматовегетативных расстройств, осознающихся и переживаемых личностью.

Классификация: Неврозы бывают общие и системные (моносимптомные).

Общие:

1. неврастения- F 48;
2. невроз страха- F 40.2;
3. истерический невроз- F 44.82;
4. депрессивный невроз- F 41.2;
5. невроз навязчивых состояний- F42:
 - а) невроз навязчивых движений- F42.1;
 - б) невроз навязчивых мыслей и страхов- F42.0;
 - в) невроз навязчивых состояний смешанного типа- F42.2.

Системные (малосимптомные):

невротическое заикание;
тики;
расстройства сна;
расстройства аппетита;
энурез;
энкопрез;
патологические привычные действия.

Факторы риска:

1. биологические (осложнение течение беременности и родов, нервно-психическое и физическое перенапряжение, соматические болезни, травмы, неблагополучие в семье, психотравмирующие раздражители, индивидуальные особенности личности, характера, темперамента, отклонения в воспитании ребенка, церебральная органическая недостаточность);
2. психологические;
3. социальные;
4. генетическая предрасположенность;

Критерии диагностики:

1. данные анамнеза;
2. вялость, пассивность, раздражительность, истощение эмоций;

3. двигательное беспокойство с суетливостью (астазия, абазия, истерическая слепота, истерические парезы, параличи, рвота, обмороки, нарушение чувствительности, припадки, сумеречное расстройство);
4. отвлекаемость, истощаемость внимания, снижение настроения;
5. усиление утомляемости к концу дня или недели;
6. необоснованные страхи (темноты, одиночества, животных, закрытых помещений, школы, болезней);
7. навязчивые действия, влечения, мысли, повторяющиеся гримасы и движения, тики;
8. заикание;
9. энурез;
10. энкопрез;
11. расстройство сна, аппетита;
12. «дурные привычки».

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Консультация невролога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Эхоэнцефалография;
2. Компьютерная томография головного мозга;
3. Консультация психиатра;
4. Консультация психолога;
5. Консультация окулиста;
6. Консультация сурдолога;
7. Консультация уролога.

Тактика лечения:

1. Нейролептики: галоперидол* 1,5 мг., 5 мг, 10 мл. дозе 0,25 табл мг/сут внутрь, затем добавляют по 0,25 мг/сут еженедельно или один раз в 2 нед, подросткам назначают сначала 0,5 мг/сут, затем добавляют по 0,5 мг еженедельно или 1 раз в 2 нед.; в большинстве случаев улучшение наступает при дозе до 5 мг/сут; пимозид; - начальная доза детям - 0,5-1 мг/сут внутрь, подросткам - 1 мг/сут внутрь; в большинстве случаев не требуется более 10 мг/сут.
2. Психостимуляторы : метилфенидат; в дозе 0,1-0,5 мг/кг.
3. Адаптол 300 мг в таблетке, per os, независимо от приема пищи, курс от нескольких дней до 2-3 мес от ¼ до 1 таб X 3 раза в день в зависимости от возраста.
4. Энцефабол по 1 табл. 3 раз в день;
4. Ноофен 250 мг в таблетке, per os, до еды. Курс 4-6 недель. Детям до 8 лет по 50-100 мг X 3 раза в день, от 8 до 14 лет – по 250 мг X 3 раза в день.
5. Микстура Павлова по 1 ст. л x 3 раза в день.,

Перечень основных медикаментов:

1. *Галоперидол 1,5 мг, 5 мг, 10 мг табл.; 5 мг/мл амп.;
2. Адаптол 300 мг табл;
3. Пимозид; 0,5-1 мг табл;
4. Энцефабол 0,25 мг табл.;
5. Ноофен 250 мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Метилфенидат 100 мг, 500 мг табл.;
2. Микстура Павлова 200мл во флаконе;
3. Фитопрепарат с седативным действием (валериана, пассифлора, зверобой, боярышник, мелиса, хмель, бузина) 5,0 мл во флаконе.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- снижение симптомов невроза;
длительная ремиссия;

психологическая реабилитация;
социальная реабилитация в семье и обществе.

Литература, используемая при подготовке протокола:

- «Справочник по неврологии детского возраста». Под ред. Лебедева Б.В. М., 1995 г.;
- «Справочник врача общей практики». Дж. Мерта, 1998 г.;
- «Детская психоневрология». Под ред. Булаховой Л.А. Киев, 2001 г.;
- «Лечение заболеваний нервной системы». Учебное пособие Российская Медицинская Академия Последипломного Образования. Москва, 2002 г.;
- «Клиническая психиатрия». Руководство для врачей. Каплан Г., Седок Б. М., 1998 г.;
- Tonge B. Behavioral emotional and psychosomatic disorders in children and adolec. Sydney 1991-92;
- Jarman R. Sleep problems. In Australian Paediatric Review 1992. 2(2): 1-2;
- Robinson M. Practical Paediatrics (2nd edition) Melbourne:1990;
- Шамансуров Ш.Ш с соавт. «Детская неврология». Ташкент, 1995 г.;
- «Клинические рекомендации для практических врачей». Глав. ред. академик РАМН Денисов И.Н. с соавт., 2002 г.;
- Доскин В.А., Тонкова–Ямпольская Р.В. Новый метод реабилитации детей с различными нарушениями поведения. Вопросы современной педиатрии. №2. 2003. <http://pdateam.ru/>
- Зыков В.П. Клиническая систематизация тиков у детей. <http://pdateam.ru/>
- Коффи Б., Шейдер Р. Тик. Пер. с англ. – М., Практика, 1998. <http://pdateam.ru/>
- Dr. IRENA KAFFEMANIENE. THE EMOTIONAL DEVELOPMENT OF VISUALLY IMPAIRED CHILDREN. SIAULIAI UNIVERSITY. <http://www.icevi-europe.org/>
- Merced L. A. The Treatment of Female Hysteria in Fin-de-Siècle Spain: The Discipline of Medical Control. University of Illinois, Urbana-Champaign. <http://www.history.uiuc.edu/hist>.
- В кн. Основы клинической психологии. Ч. 1., п. 5. www.bookap.net
- Patrick D McGorry. Evidence based reform of mental health care. September, 2005. www.bmj.com
- Шкловский В.М. Психотерапия в комплексной системе лечения неврозов. info2005logoped.info
- Д. де Масо, Л. Раппопорт. Расстройства поведения. Пер. с англ. – М., Практика, 1997. <http://pdateam.ru/>

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

Обструктивный бронхит у детей

Код протокола: 04-044a

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Купирование явлений дыхательной недостаточности и приступов удушья, восстановление дыхательных функций.

Длительность лечения (дней): 14

Код МКБ: J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический

J41.0 Простой хронический бронхит

J41.1 Слизисто-гнойный хронический бронхит

J41.8 Смешанный, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит

J42 Хронический бронхит не уточненный

Определение: **Обструктивный бронхит** - острое диффузное воспаление слизистой оболочки бронхов различной этиологии, протекающее с обратимой обструкцией дыхательных путей.

Классификация:

1. обструктивный бронхит;
2. рецидивирующий бронхит;
3. острый бронхит;
4. хронический бронхит.

Факторы риска:

1. загрязнение окружающего воздуха;
2. низкое социально-экономическое положение;
3. наследственная предрасположенность;
4. аллергическая настроенность;
5. аденовирусная инфекция.

Критерии диагностики:

1. шумное дыхание, экспираторная одышка;
2. навязчивый, постоянно прогрессирующий кашель, чаще возникающий ночью, связанный с простудой;
3. повышение температуры тела;
4. перкуторно коробочный звук;
5. локализация и характер хрипов изменяются после кашля. Хорошая реакция на бронхолитики;
6. наличие затрудненного выдоха, на этом фоне – свистящие сухие хрипы.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография органов грудной клетки;
2. Общий анализ крови;
3. Общий анализ мочи;
4. Исследования кала на я/глист.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Пикфлоуметрия;
2. Исследование функций внешнего дыхания;
3. Консультация аллерголога;
4. Анализ и посев мокроты.

Тактика лечения:

Амброксол в таблетках по 30,0 мг 3 раза в день в течение 7-10 дней, детям до 1 года – сироп 15 мг/5 мл 3 раза в день.

Антибиотикотерапия назначается лишь в случае затяжной лихорадки и наличия других признаков пневмонии: амоксициллин 15 мг/кг х 3 раза в день в течение 5 дней или защищенные пенициллины (амоксициллин + клавулановая кислота 20-40 мг/кг 3 раза в

день).

Купирование лихорадки – выше 38,5° (парацетамол – 10-15 мг/кг X 4 раза в день).

Лечение сальбутамолом применяют только детям от 1 года в дозах: ингаляции 0,2-0,3мг/кг/сут или по 1-2 дозы 2-4 раза в сутки, а также в капсулах 2,0мг по 1 капс. 3р в день.

Перечень основных медикаментов:

1. ** Амброксол 30,0 мг табл., 15мг/5,0 или 30 мг/5,0 сироп;
2. **Амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг табл.; 600 мг во флаконе, раствор для инъекций.
3. **Амоксициллин 500-1000мг табл.; 250-500мг капсула; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
4. ** Парацетамол 500 мг табл.;
5. ** Сальбутамол 100 мкг/доза; 2мг, 4мг капсула; 20 мл раствор для небулайзера.

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. астматический статус;
2. неэффективность бронхолитиков в течение 3 дней;
3. признаки тяжелой дыхательной недостаточности;
4. стрidor в покое.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Treatment of obstructive bronchitis and acute asthma in children EBM Guidelines 12.1.2005
2. Bronchitis. Philadelphia (PA): Intracorp; 2005. Various p.
3. Guideline For The Management Of Acute Exacerbation Of Chronic Bronchitis (AECB), Alberta medical Association, 2001

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

ОРВИ и острый бронхит у детей (< 15 лет)

Код протокола: 04-035

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. Ликвидация клиники заболевания и профилактика осложнений.
2. Ликвидация симптомов интоксикации, головной боли, улучшение самочувствия, нормализация аппетита и температуры тела.
3. Отсутствие осложнений.

Длительность лечения: 7-10 дней

Коды МКБ: J20 Острый бронхит

J22 Острая респираторная инфекция нижних дыхательных путей
неуточненная

Определение: Инфекционные заболевания верхних дыхательных путей, характеризующиеся воспалением слизистой оболочки, которое может распространяться от полости носа до нижних отделов дыхательной системы, за исключением альвеол. Помимо общего недомогания, возникают и местные симптомы, характерные для различных синдромов: боль в горле, насморк, заложенность носа, чувство давления и боли в области лица, кашель. К возбудителям относятся вирусы более 200 групп (включая 100 разновидностей риновирусов) и бактерии нескольких видов.

Грипп - высококонтагиозная острая вирусная инфекция, протекающая с симптомами общей интоксикации, катарального воспаления верхних дыхательных путей и респираторного синдрома с преимущественным поражением трахеи.

Классификация: ОРВИ: по тяжести – легкая, среднетяжелая, тяжелая, гипертоксическая.
Острый бронхит: обструктивный, необструктивный

Факторы риска:

1. недоношенность;
2. выраженные нарушения питания;
3. астма;
4. иммунодефицитные состояния;
5. хронические заболевания;
6. пассивное курение,

Критерии диагностики:

1. повышение температуры;
2. катаральные явления (насморк, чихание, заложенность носа);
3. гиперемия и отечность слизистых носоглотки,
4. кашель,
5. при бронхите аускультативные данные: наличие рассеянных хрипов, бронхиальное (жесткое) дыхание;
6. симптомы интоксикации.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мочи;
2. Общий анализ крови.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация оториноларинголога

Тактика лечения:

1. Обильное теплое питье.
 2. Поддерживать адекватную комнатную температуру.
 3. Для смягчения сухого кашля – отхаркивающие препараты (амброксол**).
 4. На период подъема температуры – постельный режим.
- При высокой температуре более 38,5 градусов однократно – парацетамол* * 10-15 мг/кг.

5. Не следует назначать антибиотики детям с ОРВИ и острым бронхитом, они эффективны при лечении бактериальной инфекции. Кашель – один из наиболее частых поводов для необоснованного назначения антибиотикотерапии.

Не следует назначать средства, подавляющие кашель.

6. Не назначать лекарственные препараты, содержащие атропин, кодеин и его производные или спирт (могут быть опасны для здоровья ребенка).

7. Не использовать медицинские капли в нос.

8. Не использовать аспирин содержащие препараты.

9. Если кашель продолжается более 1 месяца или лихорадка в течение 7 дней и более, проведите дополнительное обследование для выявления других возможных причин (туберкулез, астма, коклюш, инородное тело. ВИЧ, бронхоэктаз, абсцесс легкого, менингит, инфекция уха или мочевыводящих путей и др.).

Перечень основных медикаментов:

1. **Парацетамол 500 мг, табл;

2. **Амброксол 30 мг, табл.; 15 мг/2 мл, амп., раствор для инъекций, 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл, сироп.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. **Оксолиновая мазь 0,25%

Критерии перевода на следующий этап лечения – стационар:

Появление осложнений в виде дыхательной недостаточности с втяжением нижней части грудной клетки и учащением дыхания, судорог, выраженного токсикоза (отказ от еды и питья, сосания груди, нарушения сознания), стенозирующего ларингита (стеноз II-IV).

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. Archives of Diseases in Childhood 1998;79:225-230
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-981666. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software
3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Viral upper respiratory infection (VURI) in adults and children. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 May. 29 p.
4. HEALTHCARE GUIDELINE, Viral Upper Respiratory Infection in adults and children, 9th edition, may 2004, ICSI
5. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children, Department of child and adolescent health and development, **world health organization, 2001**
6. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2003
7. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. Москва, Медиа Сфера, 2004.
8. Клинические рекомендации для практикующих врачей, 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, 2003. – 1248с.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Пиелонефрит у детей

Код протокола: 1-117a

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа: 1. ликвидация почечной инфекции;
2. устранение предрасполагающих факторов;
3. восстановление почечных функций.

Длительность лечения (дней): 14

Коды МКБ: N11 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит

N12 Тубулоинтерстициальный нефрит, не уточненный как острый или хронический

N13 Обструктивная уропатия и рефлюкс-уропатия

Определение: Пиелонефрит - это микробно-воспалительное заболевание почек с поражением интерстиция, канальцев и чашечно-лоханочной системы.

Классификация:

1. по течению:

- острый;

- хронический;

2.1 осложненный (указать врожденный порок развития);

2.2 неосложненный;

3. по функции почек (5 стадий по скорости клубочковой фильтрации).

Факторы риска:

Со стороны макроорганизма:

1. иммунодефицитные состояния;

2. наследственная предрасположенность;

3. аномалии развития почек и мочевыводящих путей, камни.

Факторы вирулентности микроорганизмов:

1. адгезивность;

2. токсичность;

3. госпитальные штаммы.

Критерии диагностики:

1. интоксикация, лихорадка;

2. лейкоцитурия, незначительная протеинурия;

3. бактериурия 10^5 микробных тел в 1 мл мочи и выше;

4. УЗИ почек: кисты, камни, врожденные пороки развития;

5. нарушение концентрационной функции почек.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;

2. Общий анализ мочи;

3. Бак.посев мочи;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ почек;

2. Проба Зимницкого;

3. Скорость клубочковой фильтрации по формуле Шварца (по креатинину крови)

Тактика лечения: Препараты выбора

1. ингибиторозащищенные аминопенициллины: амоксициллин* детям в возрасте от 3 мес-12 лет назначают 20-40 мг/кг/сут в 3 приема, детям старше 12 лет – 375-625 мг 3 раза в сутки; ампициллин/сульбактам назначают по 50 мг/кг/сут в 2 приема);

2. цефалоспорины II-III-IV поколения: цефотаксим* детям старше 1 мес – по 50-100 мг/кг/сут парентерально в 2-3 введения, цефтриаксон* - 20-75 мг/кг/сут в 1-2 введения, цефоперазон* - 50-100 мг/кг/сут в 2-3 введения, цефепим* – детям старше 2 мес по 50 мг/кг/сут в 3 введения), цефаклор моногидрат 250/5,0 или капс. 500 мг. детям старше 5 лет.

Альтернативные препараты:

1. аминогликозиды* (не более 7-10 дней): нетилмицин* по 5 мг/кг/сут в 1-2 введения, гентамицин* по 3-5 мг/кг/сут в 1-2 введения
2. карбапенемы: имипенем* детям старше 1 мес назначают по 60-100 мг/кг/сут в 3-4 введения, меропенем* начинают назначать с 3 месячного возраста по 10-12 мг/кг/сут в 3 введения.
3. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг\кг\день, детям старше 5 лет.

Тактика лечения:

1. Основной курс лечения длительность 14 дней: в начале выбор препарата эмпирический, затем – по чувствительности флоры. Введение антибиотиков парентеральное или парентеральное+пероральное.
2. Поддерживающий курс лечения проводится после полной нормализации анализов мочи: нитрофуранами ½-1/3 суточной дозы 1 раз на ночь в течение 2 мес. и более.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин/клавуланат 375 мг, табл., 625 мг табл.; 156,25 мг и 457 мг – флаконы для суспензии; 600 мг во флаконе, раствор для инъекций;
2. *Цефотаксим 250 мг, 500 мг, 1 000 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
3. *Цефтриаксон 250 мг, 500 мг, 1 000 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
4. *Цефуроксим 250 мг, 500 мг, табл.; 750 мг, во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
5. *Цефепим 1 000 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора;
6. *Имипенем 500 мг, амп., порошок для инъекций;
7. * Фурагин 50 мг, табл.
8. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Ампициллин/сульбактам 750 мг для инъекций
2. *Нетилмицин 50 мг/мл, амп;
3. *Гентамицин 40 мг/мл, 80 мг/2 мл, амп.;
4. *Меропенем 500 мг, амп., порошок для инъекций.
5. Цефаклор 250мг/5мл; 500 мг капс.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. Госпитализация:

- невозможность домашнего лечения из-за социальных условий;
- для проведения рентгеноурологических и радионуклидных исследований;
- оперативное лечение;
- гнойные осложнения;
- острая и хроническая почечная недостаточность.

2. Реабилитация:

- ремиссия.

В стадии ремиссии:

1. Продолжается профилактическое лечение поддерживающими дозами антибактериальных препаратов до ликвидации факторов риска (исчезновение ПМР)
2. В дальнейшем общие меры профилактики:
 - достаточный питьевой режим и режим мочеиспусканий
 - профилактика интеркуррентных заболеваний
 - профилактика запоров
 - периодический контроль за анализами мочи и бакпосевом

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у детей. Практическое руководство под редакцией Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова; Москва, 2000.

2. J. C. Craig, E. Hodson. Centre for Kidney Research. Treatment of acute pyelonephritis in children. jonc@health.usyd.edu.au.
3. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Practice Parameter: The Diagnosis, Treatment, and Evaluation of the Initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children., 1999. <http://www.clinicalevidence.com>
4. Prodigy guidance. Urinary tract infection – children. <http://www.prodigy.nhs.uk>
5. Clinical Guidelines Panel. The American Urological Association Pediatric Vesicoureteral Reflux. The Management of Primary Vesicoureteral Reflux in children. <http://www.clinicalevidence.com>
6. J. Larcombe. Urinary tract infection in children. January 2004. <http://auto.search.msn.com/response.asp>

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

Пневмония у детей

Код протокола: 04-040a

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. купирование воспалительного процесса в легких;
2. ликвидация симптомов ДН, общей интоксикации;
3. восстановление экскурсии легких;
4. исчезновение кашля, учащенного дыхания, аускультативных данных пневмонии;
3. улучшение самочувствия и аппетита.

Длительность лечения: 13 дней

Коды МКБ: J18 Пневмония без уточнения возбудителя

J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках

J12 Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках

Определение: Пневмония - острое инфекционно-воспалительное заболевание паренхимы легких, клинически проявляющееся дыхательными расстройствами различной степени выраженности, лихорадкой, интоксикацией, характерными физикальными изменениями и рентгенологическими свидетельствами "свежих" очагово-инфильтративных изменений в легких.

Классификация:

1. по возникновению:
 - внебольничная;
 - внутрибольничная;
 - внутриутробная, у детей с иммунодефицитами;
 - аспирационная у детей с энцефалопатиями;
2. по форме:
 - очаговая,
 - очагово-сливная;
 - сегментарная;
 - крупозная;
 - интерстициальная;
3. по течению:
 - острое;
 - затяжное;
4. по тяжести:
 - нетяжелая;
 - тяжелая;
 - очень тяжелая;
5. осложнения:
 - дыхательная недостаточность I-III;
 - легочные (плеврит, абсцесс, буллы, пневмоторакс, пиопневмоторакс);
 - внелегочные (токсикоз, нейротоксикоз, ОССН, ДВС, ОПН).

Факторы риска:

1. наиболее частый возбудитель *Streptococcus pneumoniae*;
2. недоношенность;
3. выраженное нарушение питания;
4. иммунодефицитные состояния;
5. врожденные аномалии развития;
6. недавняя инфекция верхних дыхательных путей;
7. муковисцидоз;
8. инородное тело;

9. низкий социально-экономический статус;
10. табачный дым;
11. предпубертатный возраст.

Критерии диагностики:

1. кашель;
2. учащенное или затрудненное дыхание: до 2 месяцев ≥ 60 в минуту;
от 2 мес.-12 мес ≥ 50 в минуту;
от 12 мес до 5 лет ≥ 40 в минуту;
старше 5 лет более 28 в минуту;
3. втяжение нижней части грудной клетки;
4. лихорадка;
5. кряхтящее дыхание (у младенцев);
6. аускультативные признаки (ослабленное или бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры);
7. лихорадка;
8. симптомы интоксикации;
9. рентгенологические данные («свежие» очагово-инфильтративные изменения в легких).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенологическое исследование грудной клетки.

Тактика лечения:

Общие мероприятия:

Адекватная гидратация (обильное теплое питье) и питание,

Купирование лихорадки ($\geq 38,5$) - парацетамол 10-15мг/кг до 4 раз в день,

Не рекомендуется использовать противокашлевые препараты,

При наличии астмоидного дыхания – бронхолитическая терапия (например, сальбутамол в возрастной дозировке 3-4 раза в день в течение 5 дней). Предпочтение отдается ингаляционным формам.

Антибактериальная терапия:

Антибиотики назначаются эмпирически с преимущественным использованием пероральных форм. Подбор антибактериальных средств по чувствительности флоры *in vitro* проводится лишь при неэффективности эмпирической тактики. Препаратами выбора являются полусинтетические пенициллины, макролиды, альтернативные – цефалоспорины II-III поколения.

Амоксициллин 15 мг/кг х 3 раза в день в течение 5 дней,

или защищенные пенициллины (амоксициллин + клавулановая кислота 20-40 мг/кг 3 раза в день)

Азитромицин 10мг/кг 1 день, 5мг/кг в день последующие 4 дня перорально

или кларитромицин – 15 мг на кг дробно 10-14 дней перорально

или эритромицин – 40 мг на кг дробно 10-14 дней перорально. Амброксол сироп 1мг/5 мл; 30мг/5мл; 7,5мг/мл раствор.

Цефуроксим 40 мг/кг/в сутки, дробно в 2 приема, 10-14 дней перорально.

У цефуроксима максимальная доза у детей 1,5 г

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг\кг\день, детям старше 5 лет.

Перечень основных медикаментов:

1. **Парацетамол 200 мг, 500 мг табл.; 2,4% во флаконе сироп; 80 мг суппозитории;
2. **Амоксициллин 500 мг, 1000 мг табл.; 250 мг, 500 мг капсула; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;

3. **Амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг таблетка; 600 мг во флаконе, раствор для инъекций;
4. *Цефуроксим 250 мг, 500 мг таблетка; 750 мг во флаконе, порошок для приготовления инъекционного раствора;
5. **Амброксол сироп 1 мг/5 мл; 30 мг/5 мл; 7,5 мг/мл раствор.
6. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг/мл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Сальбутамол 100 мкг/доза, аэрозоль; 2 мг, 4 мг таблетка; 20 мл раствор для небулайзера;
2. *Азитромицин 125 мг, 500 мг табл.; 250 мг капсул.; 200 мг/100 мл во флаконе, раствор для инфузий;
3. *Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл.;
4. **Эритромицин – 250 мг, 500 мг табл.; 250 мг/5 мл пероральная суспензия.

Критерии перевода на следующий этап лечения – стационар:

Госпитализация по показаниям:

1. нарастание ДН с втяжением нижней части грудной клетки и учащением дыхания;
2. центральный цианоз;
3. судороги;
4. выраженный токсикоз (отказ от еды и питья, сосания груди, нарушения сознания);
5. неэффективность амбулаторного лечения.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Guidelines for Preventing Health-Care–Associated Pneumonia, 2003, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection, Control Practices Advisory Committee, Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports March 26, 2004 / Vol. 53 / No. RR-3
2. Evidence Based Clinical Practice Guideline For Infection Prophylaxis - PCP Guideline 15, Health Policy & Clinical Effectiveness, Evidence Based Clinical Practice Guideline, Pneumocystis Carinii Pneumonia Prophylaxis following Solid Organ or Blood & Marrow Transplants Publication Date: 01-12-01
3. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing invasive pneumococcal disease and pneumonia in children under two years of age, Evidence Summaries, 17.1.2005
4. Pneumonia, EBM Guidelines, 11.6.2004
5. Treatment of pneumonia in children, EBM Guidelines, 03.05.2000
6. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационарах первого уровня в Казахстане. ВОЗ, МЗ РК, 2003
7. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. Москва, Медиа Сфера, 2004.
8. Клинические рекомендации для практикующих врачей, 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, 2003. – 1248с.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Стоматит

Код протокола: 03-036а

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. Купирование воспалительного процесса, болевого синдрома, заживление ран.
2. Полная санация слизистой полости рта.

Длительность лечения: 7-10 дней

Коды МКБ: K12 Стоматит и родственные поражения
K12.0 Рецидивирующие афты полости рта
K12.1 Другие формы стоматита
K13 Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта.

Определение: Стоматит - воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта.

Классификация:

1. Кандидозный стоматит (молочница).
2. Афтозный стоматит (точная причина не установлена, предполагают наличие нескольких возбудителей).
3. Герпетический стоматит (возбудитель простого герпеса).

Факторы риска:

1. При кандидозе – это дети первых месяцев жизни; дети с иммунодефицитом, с иммуносупрессией; дети, которые носят ортопедическую аппаратуру; фоновая патология.
2. При афтозном стоматите – дети от 6 мес до 3 лет; дети с иммунодефицитом; плохие санитарные условия; фоновая патология.
3. При герпетическом стоматите – дети раннего возраста.

Критерии диагностики:

1. Афтозный стоматит – округлые, болезненные и углубленные язвы, располагающиеся на любом участке слизистой оболочки, особенно на ее подвижной части (слизистая щек). Поражения одиночные или множественные, покрыты сероватыми пленками и окружены приподнятым воспалительным валом.
2. Герпетический стоматит – на слизистой оболочке щек, десен, иногда твердого неба и языка выявляют болезненные, гиперемизированные, отечные и изъязвленные участки. Лихорадка с температурой до 40,6 С.
3. Кандидозный стоматит – белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта. Эти проявления часто сочетаются с диффузной эритемой всей слизистой оболочки ротовой полости; отмечается ее сухость.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Консультация стоматолога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация гастроэнтеролога.

Тактика лечения:

1. Изоляция больного (отдельная посуда, гигиенические принадлежности).
2. Диета молочно-растительная, механически щадящая.
3. Обильное питье (кипяченая вода, соки из овощей и фруктов).
4. При грибковом стоматите – обработка полости рта 1% водным раствором метиленовой сини, 1% мазь или крем клотримазол – 2 раза в день (утром и вечером). При распространенном процессе – детям старше 5 лет*итраконазол оральный раствор 5 мг\кг вначале прополоскать полость рта в течение 20 сек, затем проглотить раствор, флуконазол в дозе 6мг/кг/сут в первый день лечения, затем 3мг/кг/сут, новорожденным в возрасте до 2 недель – интервал 72 часа, с 2-х до 4 недель – интервал 48 часов.
5. При афтозном и герпетическом стоматите – обработка полости рта 3% перекисью водорода, раствором калия перманганата в разведении 1: 10.000, 0,02% раствором

фурациллина перед и после еды. Вяжущие и обезболивающие средства перед едой – 10% анестезиновая эмульсия, 1-2% танин*. Интерфероновая мазь х 4 раза в день с интервалом не менее 2 часов. 0,25% оксолиновая мазь х 4 раза в день.

6. Парацетамол при высокой температуре: до 3 мес – 10мг/кг, 3 мес – 1 год – 60-120 мг, 1 – 5 лет – 120-250 мг, 6 – 12 лет – 250-500 мг, старше 12 лет (масса тела больше 60 кг) – 500 мг. Это разовые дозы.

Перечень основных медикаментов:

1. *Раствор метиленовой сини 1% 10 мл, спиртовой раствор;
2. **Клотримазол мазь, 1% крем; 1% раствор во флаконе;
3. *Перекись водорода 3% раствор 25 мл, 40 мл, во флаконе;
4. Пропофол 10 мг/мл, эмульсия для внутривенного введения;
5. *Калия перманганата 1:10 000 водный раствор.
6. **Оксолиновая мазь 0,25%.
7. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Флуконазол 50 мг, 150 мг, капс.; 100 мл раствор во флаконе для в/в введения;
2. *Танин 1% раствор; 2%, 10% мазь;
3. *Парацетамол 200 мг, 500 мг, табл.; 2,4% сироп во флаконе; 80 мг, суппозитории;
4. Интерфероновая мазь.

Критерии перевода на следующий этап лечения – стационар:

1. Тяжелые формы с переходом в язвенно-некротические процессы.
2. Затяжное течение вирусных стоматитов.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 7. Москва. Медиа Сфера, 2003, с 2305-2307.
2. EBM Guidelines 11.8.2005 Stomatitis in Children.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on infant oral health care. Chicago (IL): American Academy of Pediatric Dentistry; 2004. 4 p.
4. University of Texas at Austin, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Recommendations for the diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis. Austin (TX): University of Texas at Austin, School of Nursing; 2003 May. 12 p.
5. 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 издание, исп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 1248 стр.: ил 854-855

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Цистит у детей

Код протокола: 11-117д

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. стабилизация общего состояния больного
2. положительная динамика показателей анализов мочи, включая исчезновение бактериурии
3. нормализация мочеиспускания

Длительность лечения: 7-10 дней

Код МКБ: N30 Цистит

Определение: Цистит - это воспалительное заболевание мочевого пузыря с преимущественным поражением слизистой оболочки.

Классификация:

1. по течению болезни:
 - острый;
 - хронический;
2. по происхождению:
 - первичный;
 - вторичный;
3. По этиологии и патогенезу:
 - инфекционный;
 - химический;
 - лучевой;
 - паразитарный;
 - при сахарном диабете;
 - у спинальных больных;
 - аллергический;
 - обменный;
 - ятрогенный;
 - нейрогенный;
4. По локализации и распространенности воспалительного процесса:
 - диффузный;
 - шеечный;
 - тригонит;
5. По характеру морфологических изменений:
 - катаральный;
 - геморрагический;
 - язвенный и фиброзно-язвенный;
 - гангренозный;
 - инкрустирующий;
 - опухолевый;
 - интерстициальный.

Факторы риска:

1. иммунодефицитные состояния;
2. длительное воздействие на слизистую мочевого пузыря некоторых лекарств (цитостатики);
3. врожденные пороки мочевой системы, камни мочевого пузыря;
4. нейрогенная дисфункция мочевого пузыря;
5. травматизация слизистой оболочки мочевого пузыря.

Критерии диагностики:

1. частое болезненное мочеиспускание;
2. изменения в анализе мочи – лейкоцитурия, может быть гематурия, белок – нехарактерен

(только за счет форменных элементов);

3. бактериурия 10^5 м.т./мл и выше за исключением вирусной этиологии;

4. болезненная пальпация надлобковой области.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи.
3. Посевы мочи до, после лечения и в период диспансерного наблюдения с определением бактериурии, чувствительности к антибактериальным препаратам.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ почек, мочевого пузыря;
2. Консультация уролога;
3. Консультация нефролога.

Тактика лечения:

1. Антибактериальное лечение: основной курс – амоксициллин per os: до 2 лет – 20 мг/кг/сутки. Разовая доза: 2-5 лет - 125мг 2 раза в день, 7-10 дней; 5-10 лет – 250 мг 2 раза в день, 7-10 дней; старше 10 лет – 500 мг 2 раза в день, 7-10 дней.

Альтернативные препараты: цефалоспорины: II-III поколения 7-10 дней; защищенные аминопенициллины (амоксицилин + клавулоновая кислота, ампициллин + сульбактам), 7-10 дней; сульфаметоксазол+триметоприм*, 7-10 дней; цефаклор 250/5,0 или капс. по 500,0 детям старше 5 лет в течение 7 дней.

2. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор из расчета 5 мг/кг/день, детям старше 5 лет

3. После основного курса при рецидивирующем течении – поддерживающее лечение нитрофуранами 2 мг/кг 1 раз на ночь до 4 недель при отсутствии дальнейших рецидивов.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг, табл.; 250 мг; 500 мг, капс.; 250 мг/5 мл, пероральная суспензия;
2. *Ампициллин + клавулоновая кислота 375 мг и 625 мг, табл.; 156,25 мг, 312,5 мг, 475 мг – суспензия; 600 мг, во флаконе раствор для инъекций;
3. *Нитрофуран 20 мг, табл., фурагин, 50 мг, табл.
4. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг/мл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Ампициллин 250 мг табл.; 250 мг, 500 мг капс.; 500 мг, 1000 мг порошок для приготовления инъекционного раствора; 125/5 мл во флаконе суспензия;
2. Ампициллин/сульбактам 750 мг для инъекций.;
3. *Сульфаметоксазол+триметоприм 120 мг, 480 мг, табл.; 480 мг/5 мл, амп.; 240мг/5мл пероральная суспензия;
4. Цефаклор 250 мг/5мл, амп.; или капс. по 500,0

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. не купирующиеся боли;
2. острая задержка мочи;
3. геморрагический цистит;
4. хронический осложненный цистит.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей <http://pdateam.ru/>
2. Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, Э. Б. Мумладзе острый цистит у детей: клиника, диагностика, лечение. www.osp.ru

3. Назарова Л.С. Циститы. Методическое руководство. www.med2000.ru/mps/cistit4.htm
4. Н.А.Коровина, И.Н.Захарова, Э.Б.Мумладзе, О.В.Савельева, Аль Макрамани Али Ахмед. Современные подходы к лечению инфекции мочевой системы у детей. Consilium Medicus. Т. 6. 2004. <http://www.rbc.ru/>
5. Medical Library. Cystitis/ October 1, 2005. <http://www.yahoo.com>
6. ICA. Treament options ic and children. 2005.
<http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/dsd/0406/0406.jsp>
7. Extensive Inflammatory Eosinophilic Bladder Tumors in Children: Experience With Three Cases
<http://www.medscape.com/viewarticle/442895>
8. Л.С. Страчунский, А.Н. Шевелев. Антибактериальная терапия инфекций

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

Частые заболевания органов дыхания в детском возрасте

Код протокола: 23-282

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Отсутствие развития заболеваний верхних дыхательных путей и органов дыхания

Длительность лечения (дней): 7 дней

Коды МКБ:

Z91B В личном анамнезе наличие факторов риска, не классифицированных в других рубриках

Z92 В личном анамнезе лечение

Z92.5 В личном анамнезе реабилитационные процедуры

Z92.8 В личном анамнезе другие виды лечения

Z92.9 В личном анамнезе медицинское лечение неуточненное

Определение: Не менее 5 обращений в год по поводу заболеваний органов дыхания

Классификация:

Дети до 3 лет – 6 и более раз в год обращений по поводу заболеваний органов дыхания;

4-5 лет – 5 и более раз в году;

старше 5 лет 4 и более раз в год.

Факторы риска:

1. загрязнение окружающего воздуха;
2. недоношенность, перинатальная энцефалопатия;
3. выраженное нарушение питания;
4. наличие фоновых заболеваний (аллергический диатез, рахит);
5. иммунодефицитные состояния;
6. наследственная предрасположенность;

Критерии диагностики:

Анамнез заболевания (см. классификацию).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Исследования кала на я/глист;
3. Консультация отоларинголога.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография органов грудной клетки;
2. Пикфлоуметрия;
3. Исследование функций внешнего дыхания;
4. Консультация аллерголога;
5. Иммунограмма.

Тактика лечения:

При ОРВИ – смотрите протокол по данной нозологии.

Питание рациональное, сбалансированное, высококалорийное. При наличии дефицита веса – коррекция питания. Вакцинация против гриппа.

Перечень основных медикаментов: нет

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения: Обострение, протекающее с симптомами дыхательной недостаточности, судорогами, лихорадкой более 7 дней, отказом от питья, еды.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Finnish Medical Society Duodecim. Prolonged cough in children. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [CD-ROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2004 Jun 15 [various].
2. Bronchitis. Philadelphia (PA): Intracorp; 2005. Various p.

3. For The Management Of Acute Exacerbation Of Chronic Bronchitis (AECB), Alberta medical Association, 2001
4. К.В. Рахимова, В.Н. Девятко «Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях». Алматы, 2005, стр. 62-63.

Эпилепсия у детей

Код протокола: 01-0086

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

1. уменьшение частоты приступов;
2. достижение ремиссии;
3. социальная, трудовая, семейная адаптация – повышение качества жизни.

Длительность лечения: 30 дней

Код МКБ: G40 Эпилепсия

G 40 Парциальная эпилепсия (ПЭ)

Определение: Эпилепсия – гетерогенная группа заболеваний, характеризующихся повторными спонтанно возникающими приступами вследствие чрезмерных нейронных разрядов в коре головного мозга (Hopkins, Appleton, 1996)

Эпилепсия - единое заболевание, представляющее отдельные формы с электро-клиническими особенностями, подходом к лечению и прогнозом.

Классификация: согласно Международной классификации 1989 г. (Международная лига борьбы с эпилепсией) все эпилепсии подразделяются: 1. в зависимости от локализации : локализационно-обусловленные (парциальные), генерализованные, имеющие черты генерализованных и парциальных. 2. от этиологии: идиопатические, симптоматические и криптогенные.

Локализационно-обусловленные формы эпилепсии - определяются если характер пароксизмов, данные ЭЭГ и нейрорадиологическое обследование подтверждают локальное происхождение приступов (в очаге одной гемисферы).

1. Локализационно обусловленные (фокальные, парциальные) виды эпилепсии и синдромы:

1.1. Идиопатические (с возрастзависимым дебютом), МКБ-10 G40.0

- доброкачественная эпилепсия детского возраста с центрально-височными спайками (роландическая эпилепсия).

- эпилепсия детского возраста с затылочными пароксизмами

- доброкачественная психомоторная эпилепсия

- первичная эпилепсия чтения

1.2 Симптоматические (МКБ-10 G40.1, G40.2).

- хроническая прогрессирующая эпилепсия детского возраста (синдром Кожевникова)

- эпилепсия с приступами, провоцируемыми специфическими факторами.

- другие формы эпилепсии с известной этиологией или органическими изменениями в мозге: лобная, височная, теменная, затылочная эпилепсии.

1.3.Криптогенны.

Факторы риска:

1. перинатальная патология (гипоксически-ишемическая, травматическая энцефалопатия, внутриутробные инфекции, дизметаболические факторы);

2. врожденные пороки ЦНС, кисты, кортикальные дисплазии, инцизуральный склероз, аневризмы;

3. инфекции ЦНС;

4. патология сосудов головного мозга;

5. опухоли головного мозга;

6. травмы головного мозга;

7. наследственность.

Критерии диагностики:

1. генетическая предрасположенность (высокая частота случаев эпилепсии в семье);

2. лимитированный возраст дебюта заболевания;

3. нормальный неврологический статус;

4. отсутствие структурных изменений в мозге при нейровизуализации;

5. сохранность основного ритма на ЭЭГ;
6. благоприятный прогноз с достижением терапевтической ремиссии.

Для симптоматических форм ПЭ:

1. сочетание эпилепсии с очаговой неврологической симптоматикой;
2. наличие у пациентов когнитивных или интеллектуально-мнестических нарушений;
3. региональное (особенно- продолженное) замедление на ЭЭГ;
4. локальные структурные нарушения в мозге при нейровизуализации.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Эхоэнцефалография;
2. Общий анализ крови;
3. Общий анализ мочи;
4. Биохимический анализ крови;
5. Определение уровня ПЭП в крови.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Компьютерная томография головного мозга;
2. Ядерномагнитнорезонансная томография головного мозга;
3. Консультация детского офтальмолога;
4. Консультация инфекциониста;
5. Консультация нейрохирурга;
6. Анализ ликвора.

Тактика лечения:

Первый врач, заставший эпилептический припадок, должен подробно его описать, включая признаки, которые предшествовали припадку и возникали после его окончания. Больных необходимо направлять на полное неврологическое обследование для подтверждения диагноза и выяснения этиологии.

Лечение не назначают до проведения неврологического обследования. Обычно лечение противоэпилептическими препаратами начинают после второго эпилептического приступа.

5. Базовыми препаратами в лечении симптоматических ПЭ являются карбамазепин и вальпроаты при моно- и политерапии. Старые АЭП – фенитоины, барбитураты В применяют в резистентных случаях. Резервными препаратами являются ламотриджин (5-10 мг/кг/сут), бензобарбитал 100мг табл., топирамат (5-7 мг/кг/сут) и бензодиазепины (антелепсин 1-6 мг/сут).

Препаратом первого выбора во всех случаях является карбамазепин. Лечение начинается с монотерапии – стартовая доза 100 мг/сут в один прием. Наращивание по 100 мг/сут каждые 3-7 дней. Средняя суточная доза 15-20 мг/кг/сут. При СПЭ применяются высокие дозы карбамазепина: 20-35 мг/кг/сут (600-2000 мг/сут), обычно 3 раза в сутки. Нормальный уровень препарата в плазме крови составляет от 4 до 12 мкг/мл (оптимально – около 8 мкг/мл). Дозировки дифенина в сутки составляют 8-15 мг/кг. При неэффективности добавляют препарат ламотриджин 5-10 мг/кг/сут, пирацетам.

В лечении роландической эпилепсии – препараты вальпроевой кислоты (20-30 мг/кг). Наиболее эффективны при частых вторично-генерализованных приступах у детей младшей возрастной группы.

В случае не эффективности рекомендуется замена препарата вальпроевой кислоты на карбамазепин (средняя суточная доза 15-20 мг/кг).

«Специфическим» АЭП является сультам (оспалот) 4-6 мг/кг. Избегать барбитураты и политерапию.

Лечение длительное- 2,5-3 года.

Доброкачественная затылочная эпилепсия - препарат выбора карбамазепин, вальпроевая кислота в течении 3-х лет.

Височная эпилепсия - те же принципы.

Реабилитация – улучшение качества жизни (психолог, специальный педагог, семья).

Нейрохирургическое лечение при абсолютной резистентности к АЭП.

Перечень основных медикаментов:

1. **Карбамазепин 100 мг, 200 мг табл;
2. Дифенин 300 мг табл;
3. **Вальпроевая кислота 150 мг, 300 мг, 500 мг табл;
4. *Пирацетам. 200 мг табл; 20% 5 мл амп.
6. **Ламотриджин 25 мг, 50 мг табл;
7. **Бензобарбитал 100мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Топирамат 50 мг табл;
2. Энцефабол 0,25 мг табл;
3. Антелепсин 500 мг, 100мг табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. часто повторяющиеся приступы;
2. резистентность и отсутствие контроля за лечением;
3. статусное течение.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Hopkins A., Appleton R. Epilepsy: Oxford University Press.1996.
2. Международная классификация болезней 10 пересмотра;
3. Международная лига борьбы с эпилепсией (ILAE).Epilepsia 1989 vol. 30-P.389-399.
4. К.Ю.Мухин, А.С.Петрухин. «Диагностика и лечение парциальных форм эпилепсии». Учебно-методическое пособие. РГМУ.М.,2002 г.
5. Диагностика и лечение эпилепсий у детей .Под редакцией П.А.Темина, М.Ю.Никаноровой, 1997 г.
6. Progress in Epileptic Disorders «Cognitive Dysfunction in Children with Temporal Lobe Epilepsy». France, 2005.
7. Marson AG, Williamson PR, Hutton JL, Clough HE, Chadwick DW, on behalf of the epilepsy monotherapy trialists. Carbamazepine versus valproate monotherapy for epilepsy. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000;
8. Tudur Smith C, Marson AG, Williamson PR. Phenotoin versus valproate monotherapy for partial onset seizures and generalized onset tonic-clonic seizures. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001;
9. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 2. Москва, Медиа Сфера, 2003. с 833-836.
10. First Seizure Trial Group (FIRST Group). Randomized clinical trial on the efficacy of antiepileptic drugs in reducing the risk of relapse after a first unprovoked tonic clonic seizure. Neurology 1993;43: 478-483;
11. Medical Research Council Antiepileptic Drug Withdrawal Study Group. Randomised study of antiepileptic drug withdrawal in patients in remission. Lancet 1991; 337: 1175-1180.
12. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, 2-е издание. ГЭОТАР-МЕД, 2002, С. 933-935.
13. Never rugs for epilepsy in children. National Institute for Clinical Excellence. Technology Appraisal 79. April 2004. <http://www.clinicalevidence.com>.
14. Brodie MJ. Lamotrigine monotherapy: an overview. In: Loiseau P (ed). Lamictal – a brighter future. Royal Society of Medicine Press Ltd, London, 1996, pp 43-50.
15. O'Brien G et al. Lamotrigine in add-on therapy in treatment-resistant epilepsy in mentally-handicapped patients: an interim analysis. Epilepsia 1996, in press.
16. Karseski S., Morrell M., Carpenter D. The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Epilepsy. Epilepsia Epilepsy Behav. 2001; 2:A1-A50.
17. Hosking G et al. Lamotrigine in children with severe developmental abnormalities in a pediatric population with refractory seizures. Epilepsia 1993; 34 (Suppl): 42
18. Mattson RH. Efficacy and adverse effects of established and new antiepileptic drugs. Epilepsia 1995; 36 (suppl 2): 513-526.

19. Калинин В.В., Железнова Е.В., Рогачева Т.А., Соколова Л.В., Полянский Д.А., Земляная А.А., Назметдинова Д.М. Применение препарата Магне В6 для лечения тревожно-депрессивных состояний у больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии 2004; 8: 51-55
20. Barry J., Lembke A., Huynh N. Affective disorders in epilepsy. In: Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment. A. Ettinger, A. Kanner (Eds.). Philadelphia 2001; 45-71.
21. Blumer D., Montouris G., Hermann n B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. J. Neuropsychiat Clin Neurosci 1995; 7:445-446.
22. Edeh J., Toone B., Corney R. Epilepsy, psychiatric morbidity, and social dysfunction in general practice. Comparison between hospital clinic patients and clinic non-attenders. Neuropsychiat Neuropsychol Behav Neurol 1990; 3: 180-192.
23. Robertson M., Trimble M., Depressive illness in patients with epilepsy: a review. Epilepsia 1983; 24: Supple 2:109-116.
24. Schmitz B., Depressive disorders in epilepsy. In: Seizure, affective disorders and anticonvulsant drugs. M. Trimble, B. Schmitz (Eds.). UK 2002; 19-34.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Альгодисменорея

Код протокола: 13-124с

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Выявление причины и снятие болевого синдрома, профилактика рецидива.

Длительность лечения: 7 дней

Коды МКБ:

N94 Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом

N94.0 Боли в середине менструального цикла

N94.1 Диспареуния

Определение: Альгодисменорея (альгоменорея, дисменорея) представляет собой циклический патологический процесс, выражающийся появлением в дни менструации выраженных болей внизу живота, которые могут сопровождаться эмоционально-психическими, вегетативными, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными симптомами.

Симптомы, сопровождающие болезненные менструации:

1. эмоционально-психические – раздражительность, анорексия либо булимия, депрессия, сонливость, бессонница, непереносимость запахов, извращение вкуса и т.д.;
2. вегетативные – тошнота, отрыжка, икота, познабливание, ощущение жара, потливость, гипертермия, сухость во рту, частое мочеиспускание, тенезмы, вздутие живота и т.д.;
3. вегетативно-сосудистые – обмороки, головная боль, головокружение, тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, боли в сердце, похолодание и чувство онемения рук и ног, отеки век, лица и др.;
4. обменно-эндокринные – рвота, ощущение «ватных» ног, общая резкая слабость, зуд кожи, боли в суставах, отеки, полиурия и т.д.

Классификация:

- Первичная (функциональная) альгодисменорея возникает у девочек в подростковом возрасте через 6-12 месяцев после первой менструации с момента становления овуляторных циклов, патологических изменений половых органов нет.
- Вторичная (органическая) альгодисменорея обусловлена клиническими проявлениями гинекологических заболеваний, например: эндометриоза, миомы матки, воспалительных заболеваний органов малого таза, аномалий развития внутренних половых органов, варикозного расширения тазовых, пристеночных вен или вен в области собственной связки яичников, кист яичников и др.
- Компенсированная форма, при которой выраженность и характер патологического процесса в дни менструаций на протяжении времени не изменяются.
- Некомпенсированная, при которой интенсивность боли с каждым годом нарастает.

Факторы риска:

1. Ранний возраст менархе.
2. Длительные месячные.
3. Курение (активное, пассивное).

Критерии диагностики: Боли внизу живота начинающиеся за 12 часов до начала или в первый день менструального цикла и продолжающиеся на протяжении первых 2-42 часов или в течение всей менструации.

Характеристика боли: схваткообразного характера, могут быть ноющими, дергающими, распирающими, иногда с иррадиацией в прямую кишку, область придатков, мочевого пузыря.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Сбор жалоб, анамнеза
2. Гинекологический осмотр

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ органов малого таза
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Проведение тестов функциональной диагностики (по показаниям)
5. Консультация терапевта
6. Консультация хирурга

Тактика лечения:

Нестероидные противовоспалительные средства:

*Индометацин 25 мг 3 раза в день, 5-7 дней;

Мелоксикам (НПВС селективный ингибитор ЦОГ-2) 15 мг 1 раз в день 5-7 дней;

Анальгетики: метамизол+питофенон+финпевирин бромид 0,5;

Спазмолитики: гиосцин бутилбромид (драже 10 мг, раствор для инъекций);

Витамины:

*Тиамин по 1 таб. 1 раз в день длительно в течение 3-6 месяцев.

Витамин Е по 1 таб. 1 раз в день длительно в течение 3-6 месяцев;

Препараты магния по 1 таб. 1 раз в день длительно в течение 5-6 месяцев;

Седативная терапия: экстракт валерианы по 1 таб. 3 раза в день в течение 10 дней;

Физиотерапия - чрескожная высокочастотная электронейростимуляция;

Местное согревание (применение грелок с температурой около 39°);

При неэффективности проводимой терапии в течение 3 менструальных циклов показана гормонотерапия:

*прогестинами (дидрогистерон) во 2 фазе менструального цикла по 10 мг 1 раз в день;

- комбинированными эстроген-гестагенными препаратами;

В случае выявления органической патологии органов малого таза лечение вторичной дисменореи должно быть направлено на устранение этих поражений.

Перечень основных медикаментов:

1. Метамизол+питофенон+финпевирин бромид 500 мг, табл
2. Гиосцин бутилбромид драже 10 мг, раствор для инъекций 1 мл в ампулах
3. *Индометацин 25 мг табл
4. Мелоксикам 15 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты, прогестины (дидрогистерон);
2. *Тиамин раствор для инъекций 5% в ампуле 1 мл
3. *Токоферола ацетат масляный раствор в ампулах по 1 мл 5%, 10%, 30% масляный раствор 50% в капсулах
4. Магния сульфат раствор для инъекций 25% в ампуле 20 мл

Критерии перевода на следующий этап лечения: Неэффективность лечения болевого синдрома в течение 6 циклов.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. PRODIGY Guidance - Amenorrhoea Clinical Practice Guidelines, 2005
2. Dysmenorrhoea Search date July 2004. *Clinical Evidence* is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, incorporated in the United Kingdom, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.
3. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (other than aspirin). Search date July 2004. *Clinical Evidence* is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, incorporated in the United Kingdom, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.

4. Ежегодный краткий справочник по доказательной медицине. Издательство Медиа Сфера, выпуск №3 2004 год.
5. Практическая гинекология под редакцией В.И.Кулакова и проф. В.Н.Прилепской, Москва «МЕДпресс-информ», 2002 год.

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

Аменорея

Код протокола: 13-125г

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Выявление причин аменореи для определения специфического лечения патологии, минимизация осложнений в процессе лечения, восстановление менструальной и репродуктивной функций.

Длительность лечения: 3 месяца

Коды МКБ: N91.0 Первичная аменорея

N91.1 Вторичная аменорея

N91.2 Аменорея неуточненная

Определение: Аменорея - отсутствие менструаций в течение 6 месяцев в возрасте 16 лет и более при нормальном росте и вторичных половых признаках или у ранее менструирующих женщин.

Классификация:

1. Физиологическая аменорея:
2. До наступления пубертатного периода;
3. Во время беременности;
4. Лактационная аменорея;
5. После наступления менопаузы;
6. Патологическая аменорея:

Первичная аменорея – отсутствие менструаций в возрасте 14 лет при отсутствии вторичных половых признаков или в возрасте 16 лет при наличии вторичных половых признаков.

Вторичная аменорея – отсутствие менструаций в течение 6 месяцев у женщин с ранее нормальным менструальным циклом.

3. По уровню нарушения: центрального генеза, яичниковая, маточная

Факторы риска:

Первичная аменорея:	Вторичная аменорея:
При наличии вторичных половых признаков: Задержка физического развития; Аномалии мочеполовых органов (атрезия девственной плевы, поперечная перегородка во влагалище, аплазия влагалища, матки); Андрогенная нечувствительность (генотип ХУ, тестикулярная феминизация); Синдром резистентных яичников. При отсутствии вторичных половых признаков: Дисфункция гипоталамуса (хронические заболевания, анорексия, потеря веса, стрессовая); Недостаточность гонадотропной функции (синдром Кальмана, изолированная недостаточность гонадотропного релизинг-гормона); Гидроцефалия; Новообразования гипофизарной зоны гипоталамуса; Гипопитуитаризм; Гиперпролактинемия;	При отсутствии чрезмерной выработки андрогенов: Физиологическая (при беременности, лактационная, постменопаузальная); Ятрогенная аменорея (инъекции медроксипрогестерон ацетата с целью контрацепции, лучевая терапия, химиотерапия); Системные заболевания (хронические заболевания, гипо- или гипертиреозидизм); Маточные причины (стеноз цервикального канала, синдром Ашермана (внутриматочные сращения); Яичниковые причины (преждевременное старение яичников, синдром резистентных яичников); Гипоталамические причины (потеря веса, физические нагрузки, стрессы, хронические заболевания, идиопатическая аменорея); Заболевания гипофиза (гиперпролактинемия, гипопитуитаризм, синдром Шихана); Гипоталамо/гипофизарные причины (новообразования, последствия лучевой

Недостаточность гонад (дисгенезия/агенезия яичников, преждевременное старение яичников); Гипотиреозидизм. Экстрагенитальные заболевания: Врожденная адренальная гиперплазия; Маскулинизирующие опухоли; Недостаточность 5-альфа-редуктазы.	терапии, травмы головы, саркоидоз, туберкулез). При наличии чрезмерной выработки андрогенов: Синдром поликситозных яичников; Синдром/болезнь Кушинга; Поздно проявившаяся врожденная адреногенитальная гиперплазия; Маскулинизирующие опухоли яичников или надпочечников.

Критерии диагностики:

Отсутствие менструаций до наступления пубертатного периода, во время беременности, лактации, в постменопаузе.

Первичная аменорея – отсутствие менструаций в возрасте 14 лет при отсутствии вторичных половых признаков или в возрасте 16 лет при наличии вторичных половых признаков.

Вторичная аменорея – отсутствие менструаций в течение 6 месяцев у женщин с ранее нормальным менструальным циклом.

1. Сбор анамнеза: возраст наступления менархе у старших сестер и матери, наличие генетических заболеваний в роду, наличие ассоциированных симптомов (галакторея, гирсутизм, чувство жара, сухость во влагалище, симптомы заболеваний щитовидной железы, возникновение циклических болей внизу живота – подозрение на гематоколюпос, симптомы гипотиреозидизма, отсутствие обоняния – недостаточность гонадотропной функции), наличие хронических заболеваний (сахарный диабет, заболевания ЖКТ, хроническая почечная или сердечная патология), эмоциональные нарушения, изменения массы тела, степень выраженности физических нагрузок, химиотерапия в анамнезе, напряженность физических нагрузок, характер предшествующей менструальной и детородной функции, предшествующие оперативные вмешательства (выскабливание стенок полости матки, оофорэктомия), предшествующие эпизоды лучевой или химиотерапии на органы брюшной полости, таза, черепа, семейный анамнез (ранняя менопауза), использование лекарственных средств. Следует обратить внимание на наличие риска беременности.

2. Осмотр: обращают внимание на развитие вторичных половых признаков, индекс массы тела, признаки синдрома Тернера, строение наружных половых органов, эмоциональный статус. При осмотре обращают внимание также на следующие признаки: гирсутизм, акне, низкий тембр голоса, увеличение клитора, признаки патологии щитовидной железы, гиперпигментация кожи, галакторея.

Перечень основных диагностических мероприятий:

Первичная аменорея: Тест на беременность или наличие хорионического гонадотропина в крови; ультразвуковое исследование органов малого таза (наличие или отсутствие матки, яичников, наличие обструкции половых путей, признаков синдрома поликситозных яичников); Кариотипирование по показаниям (синдром Тернера 45X0 или тестикулярная феминизация 46ХУ); Концентрация фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (высокий уровень является признаком синдрома Тернера или тестикулярной феминизации; при низком уровне гормонов следует	Вторичная аменорея: Тест на беременность или наличие хорионического гонадотропина в крови; Концентрация фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов, пролактина, гормонов щитовидной железы; Уровень тестостерона у пациенток с проявлениями гирсутизма; Уровень белка, связывающего половые гормоны; Уровень эстрадиола; ультразвуковое исследование органов малого таза; Магнитно-ядерный резонанс или компьютерная томография черепа; Исследование полей зрения;

исключить стресс, физические нагрузки, быструю потерю веса); Концентрация гормонов щитовидной железы (гипо- или гипертиреоз); Уровень пролактина (гиперпролактинемия); Уровень тестостерона (аплазия матки или синдром поликситозных яичников).	Концентрация 17-кетостероидов в моче; Гистероскопия; Тест супрессии дексаметазона по показаниям; Кариотипирование по показаниям;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Лечение аменореи возможно при выявлении следующих причин:

При гипотиреозидизме проводится лечение левотироксином (дозировка согласовывается с эндокринологом);

Гиперпролактинемия лечится бромокриптином в дозе 5-7,5 мг в день;

Лечение пролактиномы небольших размеров проводится медикаментозными препаратами, однако, большие опухоли с нарушением зрительной функции подлежат хирургическому лечению. Опухоли гипоталамуса, гипофиза, яичников, надпочечников подлежат хирургическому лечению;

Лечение синдрома поликистозных яичников начинается с уменьшения веса пациентки, далее используется агент, чувствительный к инсулину – метформин 850 мг (1 таблетка) утром во время еды, с увеличением дозы через 2-3 недели до 1700 мг в день (в 2 приема утром, в обед);

При чрезмерных физических нагрузках вводится их ограничение в сочетании с диетой;

При выявлении аномалий органов мочеполового тракта проводится их хирургическая коррекция;

При преждевременном старении яичников специфического лечения не разработано;

При пролактиноме больших размеров с нарушением зрительной функции, опухоли гипоталамуса, гипофиза, яичников, надпочечников - хирургическое лечение; При выявлении аномалий органов мочеполового тракта проводится их хирургическая коррекция;

Перечень основных медикаментов:

1. *Левотироксин 25 мкг, 50 мкг, 75 мкг, 100 мкг, 125 мкг, 150 мкг табл
2. *Бромокриптин 2,5 мг табл
3. *Метформин 500 мг, 850 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения: Необходимость проведения инвазивных методов диагностики и лечения аменореи.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Amenorrhoea. PRODIGY Guidance. www.prodigy.nhs.uk
2. Collaborative Centre for Women's and Children's Health. FERTILITY Assessment and Treatment for People with Fertility Problems. Clinical Guideline, 2004, p.216
3. Нарушение менструальной функции.- Ярославль.- 2002. с.35
4. AACE Medical Guidelines for Clinical Practice for Diagnosis and Treatment of Hyper androgenic Disorders. Endocr Pract.- 2001 Mar; 7(2):120-134

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

Железодефицитная анемия беременных

Код протокола: 14-0036

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП, женская консультация (кабинет)

Цель этапа: Диагностика анемии, комплексное лечение, профилактика анемии и осложнений, связанных с ней.

Длительность лечения: 3 месяца

Код МКБ: О99.0 Анемия, осложняющая беременность, деторождение или послеродовой период

Определение: Железодефицитная анемия (ЖДА) – состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина, иногда, умеренным уменьшением количества эритроцитов и цветного показателя крови.

Классификация: Классификация ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1997

1. Железодефицитная анемия

- Легкая степень (гемоглобин 110-90 г/л);
- Средняя степень (гемоглобин 90-70 г/л);
- Тяжелая степень (гемоглобин менее 70 г/л)

Факторы риска:

1. Регион, эндемичный по заболеваемости анемией;
2. Пациентки с обильными и длительными менструациями, предшествовавшими беременности;
3. Беременности, следующие друг за другом;
4. Многоплодная беременность;
5. Длительная лактация;
6. Недостаточность питания;
7. Нарушение абсорбции в кишечнике за счет заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, гельминтозов;
8. Желудочно-кишечные кровотечения;
9. Гемолиз в результате малярии или гемоглобинопатии у приезжих из других стран;
10. В послеродовом периоде факторами риска являются: выраженное кровотечение в родах, многоплодная беременность.

Критерии диагностики:

1. Уровень гемоглобина в крови менее 110 г/л, концентрация эритроцитов менее 3,5 млн/мл, ЦПК менее 0,8-0,85, гематокрит менее 30-33 %; сывороточное железо. Ферритин
2. Клинические проявления анемии.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. При уровне гемоглобина 110-90 г/л необходима консультация гематолога
3. При выявлении анемии с целью оценки эффективности лечения необходим контроль уровня гемоглобина и гематокрита 1 раз в месяц

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: После родов необходим скрининг на ЖДА при наличии анемии во время беременности, выраженное кровотечение в родах, многоплодная беременность

Тактика лечения:

Схема лечения ЖДА, осложняющей беременность, роды и послеродовой период:

1. при уровне гемоглобина 109-90 г/л, гематокрита 27-32% назначить комбинацию препаратов: сульфат железа двухвалентного 120 мг + фолиевая кислота 400 мг ежедневно в течение 3 месяцев с контролем общего анализа крови 1 раз в месяц;

2. при уровне гемоглобина ниже 90 г/л, гемм атокрита ниже 27% провести консультацию гематолога с целью определения соответствующего лечения;
3. при нормализации уровня гемоглобина более 110 г/л и гематокрита более 33% назначить комбинацию препаратов сульфата железа двухвалентного 120 мг 1 раз в неделю + фолиевая кислота 400 мг ежедневно в течение 3 месяцев.

Профилактика анемии:

1. прием препаратов сульфата железа двухвалентного в дозе 60 мг в день;
2. прием фолиевой кислоты в дозе 400-500 мг ежедневно в течение всей беременности с целью профилактики дефектов нервной трубки у плода и анемии, в течение первых 12 недель беременности.

Перечень основных медикаментов:

1. ** Железа соли однокомпонентные и комбинированные препараты, капсулы, драже, таблетки, содержащие не менее 30 мг железа

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. Анемия средней степени (гемоглобин 90-70 г/л);
2. Анемия тяжелой степени (гемоглобин менее 70 г/л)

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Анемия беременных. Пособие для врачей и интернов// Ярославль.- 2002.- с.20.
2. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии.- Ташкент.- 2004.- с.68.
3. Screening for Iron Deficiency Anemia – Including Iron Prophylaxis
4. PRODIGY Guidance – Anaemia – Iron Deficiency
5. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in United States, 1998, p.36
6. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005, p.80
7. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
8. Iron Deficiency Anaemia. Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO, 2001, p.114

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Бесплодие

Код протокола: 13-1256

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Диагностика бесплодия в зависимости от причины, проведение полного объема терапевтических и реабилитационных мероприятий; своевременная госпитализация пациентки в стационар для проведения инвазивных диагностических и терапевтических методов.

Длительность лечения: не более 1 года

Коды МКБ: N97 Женское бесплодие

N97.0 Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции

N97.1 Женское бесплодие трубного происхождения

N97.2 Женское бесплодие маточного происхождения

N97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения

N97.4 Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами

N97.8 Другие формы женского бесплодия

N97.9 Женское бесплодие неуточненное

Определение: Бесплодие - отсутствие беременности в течение 12 менструальных циклов или года при регулярной половой жизни без применения средств контрацепции.

Классификация:

1. По наличию предшествующих беременностей:

- первичное - в анамнезе не было ни одной беременности;
- вторичное - наличие в анамнезе хотя бы одной беременности вне зависимости от ее исхода.

2. По причине:

- эндокринного генеза;
- трубно-перитонеального генеза;
- приобретенная патология (опухоли матки и яичников);
- врожденная патология гениталий;
- туберкулез гениталий;
- отрицательный посткоитальный тест (ПКТ);
- ятрогенные причины;
- сексуальная дисфункция;
- неуточненное (диагноз неизвестен, эндоскопическое обследование не произведено);
- необъяснимое (отсутствие видимых причин при применении всех методов обследования, включая эндоскопические).

3. По возможности естественного зачатия:

- Абсолютное – естественное зачатие не возможно.
- Относительное – при сниженной фертильной функции естественное зачатие возможно.

Факторы риска:

1. - нарушение процесса овуляции (27%);
2. снижение количества сперматозоидов или их подвижности (19%);
3. поражение маточных труб(14%);
4. наличие эндометриоза (5%);
5. другие факторы (5%).

Критерии диагностики:

Отсутствие беременности в течение 1 года и более.

1. Клинико-анамнестические данные:

- жалобы;
- особенности семейного анамнеза и наследственности;
- перенесенные заболевания;
- характер менструальной функции;

- течение и исход предыдущих беременностей;
- методы контрацепции, используемые ранее;
- наличие в анамнезе инфекций;
- наличие болей внизу живота (эндометриоз);
- проведение гинекологических и других операций;
- ритм половой жизни.

2. Клиническое обследование:

- тип телосложения;
- массо-ростовой коэффициент (масса/рост 2), норма – 23;
- степень оволосения - по шкале Ferriman et Gallwey, норма – 4,5;
- степень развития молочных желез - по шкале Tanner;
- наличие галактореи.

3. Гинекологическое обследование:

- при гинекологическом осмотре выявляются различные анатомические изменения репродуктивного тракта.
- состояние шейки матки оценивают при помощи кольпоскопии.

4. Инфекционный скрининг:

- влагалищный мазок для оценки степени чистоты влагалища.
- мазок из цервикального канала для выявления методом ПЦР хламидий, уреаплазм, микоплазм, вируса простого герпеса, цитомегаловируса;
- кровь на токсоплазмоз при привычном невынашивании беременности в анамнезе.

5. Гормональный скрининг:

Обследование женщин с регулярным менструальным циклом:

- на 5-7 день менструального цикла в плазме крови определяют уровни базальной секреции следующих гормонов: пролактина, тестостерона и дегидроэпиандростерона (ДЭАС).
- на 20-22-й день – прогестерон.

Обследование женщин с нарушением менструального цикла:

на 5-7 день собственного или индуцированного гестагенами цикла определяют:

- пролактин;
- фолликулостимулирующий гормон (ФСГ);
- лютеинизирующий гормон (ЛГ);
- тиреотропный гормон (ТТГ);
- эстрадиол;
- тестостерон, кортизол, ДЭАС
- трийодтиронин (Т3);
- тироксин.

На 20-22-й день – прогестерон.

6. Иммунологический скрининг: посткоитальный тест (ПКТ).

7. Спермограмма мужа.

Дополнительное обследование:

- УЗИ органов малого таза.
- Гистеросальпингография.
- УЗИ молочных желез по показаниям
- Маммография по показаниям
- Рентгенограмма черепа и турецкого седла при необходимости.
- Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс по показаниям.
- УЗИ щитовидной железы по показаниям.

Эндоскопические методы обследования лапароскопия и гистероскопия проводятся в условиях стационара.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Инфекционный скрининг:
 - влагалищный мазок для оценки степени чистоты влагалища.
 - мазок из цервикального канала для выявления методом ПЦР хламидий, уреаплазм, микоплазм, вируса простого герпеса, цитомегаловируса;
 - кровь на токсоплазмоз при привычном невынашивании беременности в анамнезе.
2. Гормональный скрининг:

Обследование женщин с регулярным менструальным циклом:

 - на 5-7 день менструального цикла в плазме крови определяют уровни базальной секреции следующих гормонов: пролактина, тестостерона и дегидроэпиандростерона (ДЭАС).
 - на 20-22-й день – прогестерон.

Обследование женщин с нарушением менструального цикла:

на 5-7 день собственного или индуцированного гестагенами цикла определяют:

 - пролактин;
 - фолликулостимулирующий гормон (ФСГ);
 - лютеинизирующий гормон (ЛГ);
 - тиреотропный гормон (ТТГ);
 - эстрадиол;
 - тестостерон, кортизол, ДЭАС
 - трийодтиронин (Т3);
 - тироксин.

На 20-22-й день – прогестерон.
3. Иммунологический скрининг: посткоитальный тест (ПКТ).
4. Спермограмма мужа.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ органов малого таза.
2. Гистеросальпингография.
3. УЗИ молочных желез по показаниям
4. Маммография по показаниям
5. Рентгенограмма черепа и турецкого седла при необходимости.
6. Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс по показаниям.
7. УЗИ щитовидной железы по показаниям.

Тактика лечения:

Возрастных границ для лечения бесплодия не существует, за исключением периода наступления нормальной менопаузы (около 50 лет).

1. Консультация психотерапевта.
2. Патогенетическое лечение причин, приведших к бесплодию:
 - эндокринной патологии (гиперпролактинемия, гиперандрогения, недостаточность лютеиновой фазы);
 - урогенитальных инфекций (гонорея, трихомониаз, ВПГ, ЦМВ, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз и др.);
 - эндометриоза;
 - других причин.
3. Индукция овуляции с помощью:
 - кломифена цитрата по 50 мг (1 таб) с 5 по 9 день менструального цикла; при неэффективности доза увеличивается до 100-150 мг;
 - гонадотропинов (ФСГ предпочтительнее менопаузального гонадотропина человека) - доза подбирается индивидуально;
 - агонистов и антагонистов гонадотропин-рилизинг гормонов.
4. Методы вспомогательной репродукции.
 - Внутриматочная инсеминация спермы, часто в сочетании с индукцией овуляции.

- Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО): возможно использование донорских яйцеклеток; суррогатное материнство в случаях несостоятельной функции матки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Кломифен 50 мг табл
2. Гонадотропины (ФСГ предпочтительнее менопаузального гонадотропина человека);
3. Агонисты и антагонисты гонадотропин-рилизинг гормонов

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения: Отсутствие восстановления репродуктивной функции. При отсутствии условий для обследования и лечения в поликлинике пациентка направляется на дальнейшее обследование и лечение в специализированную клинику.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of basic infertility. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Jul. 47 p.
2. Brigham and Women's Hospital. Infertility. A guide to evaluation, treatment, and counseling. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; 2003. 11 p.
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

Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма у беременных

Код протокола: 14-140y

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Своевременное выявление заболеваний данной группы, выбор оптимальной тактики лечения, проведение профилактических мероприятий в группе риска.

Длительность лечения: на протяжении беременности по показаниям под контролем анализов.

Код МКБ: O99.1 Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период.

Определение: Данная группа заболеваний является сборной, в связи с чем, определения не существует.

Классификация:

1. Заболевания крови и кроветворных органов, осложняющие беременность, роды и послеродовой период, не связанные с нарушениями механизмов коагуляционного звена:

- Тромбофилия (врожденная, недостаточность антитромбина, недостаточность протеина С, S) [1,2,3];
- Фактор V Лейдена (вариант гена протромбина, антифосфолипидный синдром, волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела);
- Миелопролиферативные заболевания (эссенциальная тромбоцитемия, истинная полицитемия).

2. Отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма, осложняющие беременность, роды и послеродовой период, не связанные с нарушениями механизмов коагуляционного звена: антифосфолипидный синдром.

Факторы риска:

<u>Предшествующие факторы риска:</u>	<u>Факторы риска при беременности:</u>
1. Предшествующие эпизоды венозной тромбоэмболии;	1. Беременность;
2. Тромбофилия (врожденная, недостаточность антитромбина, недостаточность протеина С, S);	2. Хирургические процедуры при беременности или после родов (эвакуация задержавшихся остатков последа, послеродовая стерилизация);
3. Фактор V Лейдена (вариант гена протромбина, антифосфолипидный синдром, волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела);	3. Чрезмерная рвота беременных;
4. Возраст беременной более 35 лет;	4. Дегидратация;
5. Ожирение (индекс массы тела более 30) в ранние сроки беременности;	5. Синдром гиперстимуляции яичников;
6. Паритет более 4 беременностей;	6. Тяжелые инфекции (пиелонефрит);
7. Выраженная варикозная болезнь;	7. Иммобилизация (более 4 дней постельного режима);
8. Параплегия;	8. Преэклампсия;
9. Серповидно клеточная анемия;	9. Массивная кровопотеря;
10. Воспалительные заболевания;	10. Длительная транспортировка;
11. Некоторые медикаментозные нарушения (нефротический синдром, сердечная патология);	11. Пролонгированные роды;
12. Миелопролиферативные заболевания (эссенциальная тромбоцитемия, истинная	12. Оперативное родоразрешение (полостные акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода);
	13. Иммобилизация после родов.

Критерии диагностики:

1. Уменьшение количества тромбоцитов менее 200 тыс/мл;
2. Уменьшение количества эритроцитов, гематокрита в крови, ускорение СОЭ (возможно);
3. Нарушение свертывающей системы крови (протромбиновый индекс более 105 %, тромботест II-III стадии, концентрация общего фибриногена меньше или больше нормы (2-4 г/л); наличие фибриногена В, положительный этаноловый тест);
4. Нарушение факторов свертывания крови (врожденная, недостаточность антитромбина, недостаточность протеина С, S, мутация гена Лейдена);
5. Выявление в крови беременной волчаночного антикоагулянта, кардиолипидных антител.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Развернутая гемостазиограмма с определением врожденной, недостаточности антитромбина, недостаточности протеина С, S, дефекта гена Лейдена по показаниям;
2. Определение волчаночного антикоагулянта по показаниям;
3. Определение кардиолипидных антител по показаниям;
4. Коагулограмма развернутая (исследование свертывающих свойств крови);
5. Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания крови);
6. Консультация гематолога

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация ревматолога;
2. Консультация генетика;
3. Определение С-реактивного белка;
4. УЗИ плода;
5. Допплерометрия;
6. КТГ плода.

Тактика лечения: Наиболее грозным осложнением данной группы заболеваний является возникновение тромбозов во время беременности, родов или послеродовом периоде, что является частой причиной материнской смертности.

Пациенткам с предшествующими эпизодами венозной тромбоэмболии без подтвержденной тромбофилии в течение 6 недель после родоразрешения должна быть проведена профилактика препаратами низкомолекулярного гепарина (НМГ). У пациенток с предшествующим рецидивирующим венозным тромбозом и наличием семейного анамнеза показано проведение профилактики тромбоза препаратами НМГ в антенатальный период.

У пациенток с предшествующими тромбозами в результате тромбофилии (особенно при Леденовской мутации и мутации протеина С,S) риск тромбоза при беременности, в родах и послеродовом периоде значительно возрастает. Пациенткам данной группы показана постоянная профилактика НМГ в антенатальный период и в течение 6 недель после родоразрешения.

Антифосфолипидный синдром (АФС). Диагноз ставится при наличии в крови беременной волчаночного антикоагулянта или кардиолипидных антител, выявляемых с интервалом 8 недель, в сочетании с указанием на эпизоды тромбоза (артериального или венозного) в анамнезе, неблагоприятными исходами беременности (3 и более выкидышей в сроках до 10 недель беременности, причина которых не установлена, внутриутробная гибель плода в сроках более 10 недель беременности, присоединение тяжелой преэклампсии или внутриутробной задержки развития плода, преждевременных родов в сроках беременности до 35 недель). Пациенткам с АФС в виду высокого риска возникновения тромбоза (70%) необходимо проведение профилактики НМГ в антенатальный период. Пациентки с АФС должны находиться под строгим акушерским наблюдением. Профилактика низкими дозами

аспирина у пациенток данной группы улучшает исходы беременности и рекомендуется всем беременным [1,2].

Пациентки без предшествующих эпизодов тромбоза или тромбофилии. Пациенткам с 3 и более текущими или персистирующими факторами риска должна проводиться профилактика препаратами НМГ в антенатальном периоде и в течение 3-5 дней после родов. Пациенткам с 2 факторами риска, а также беременным старше 35 лет с массой тела более 90 кг. Профилактика препаратами НМГ проводится в течение 3-5 дней после родов.

При принятии решения о необходимости профилактики тромбоза в антенатальный период, профилактика должна начинаться с ранних сроков беременности и продолжаться вплоть до родоразрешения.

Схемы профилактики тромбоза:

1. Препараты НМГ: фраксипарин 0,3 мг 1-2 раза в сутки (или эноксапарин 100ед/мг (или):
Масса тела 50-90 кг – 40 мг в сутки (подкожные инъекции);
Масса тела менее 50 кг – 20 мг/сутки;
Масса тела более 90 кг – 40 мг через 12 часов (2 раза в сутки);
Терапевтическая доза составляет 1мг/кг веса за 12 часов.
2. Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты – 75 мг/сутки;
3. Эластическое бинтование нижних конечностей рекомендуется для профилактики тромбозов в антенатальном периоде.
4. Варфарин должен быть исключен для профилактики тромбозов при беременности из-за выраженного тератогенного действия.
5. Препараты декстрана не используются при беременности за счет высокого риска анафилактических реакций, выраженного нарушения плодово-плацентарного кровообращения и гипертонуса матки.

Перечень основных медикаментов:

1. *Фраксипарин по 0,3 мг
2. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 250 мг, 325 мг, 500 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов:

По показаниям:

1. при тромбофлебите – проведение антибактериальной, инфузионной терапии;
2. при гипоксии плода – лечение гипоксии плода

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. нарушения состояния внутриутробного плода;
2. необходимость обследования в стационарных условиях;
3. прогрессирование беременности;
4. дородовая госпитализация в сроках 36-37 недель.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Setting Standart to Improve Women's Health. Thromboprophylaxis During Pregnancy, Labour and After Vaginal Delivery. Evidence-based Clinical Guideline #37, 2004, p.13
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Setting Standart to Improve Women's Health. Thromboembolic Disease in Pregnancy and Puerperium: Acute Managment. Evidence-based Clinical Guideline #28, 2001, p.13
3. SOGC Clinical Practice Guidelines: Gynaecological and Obstetric Managment of Women With Inherited Bleeding Disorders.- #163, July, 2005.- p.707-718
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
5. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Rutine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286

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

Внутриутробная задержка развития плода

Код протокола: 14-002в

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Выделение беременных в группу риска развития внутриутробной задержки развития плода (далее-ВЗРП), динамическое наблюдение за данным контингентом; своевременная диагностика патологии; определение дальнейшей тактики ведения беременности (в т.ч. показания к госпитализации).

Длительность лечения: 10 дней

Коды МКБ: O36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери

P05 Замедленный рост и недостаточность питания плода

P05.0 "Маловесный" для гестационного возраста плод

P05.1 Малый размер плода для гестационного возраста

P05.2 Недостаточность питания плода без упоминания о "маловесности" или малом размере для гестационного возраста

Исключено: недостаточность питания плода с упоминанием о:

- "маловесности" для гестационного возраста (P05.0)

- малом размере для гестационного возраста (P05.1)

P05.9 Замедленный рост плода неуточненный

Определение: Внутриутробная задержка развития плода - это отставание размеров плода по данным фетометрии в сравнении со сроком беременности по дате первого дня последней менструации или результатам фетометрии первого УЗ-сканирования плода.

Классификация:

1. По времени возникновения: ранняя форма; поздняя форма.
2. По типу развития: симметричная форма; ассиметричная форма.

Факторы риска:

1. Социально-экономические условия:
 - низкий социально-экономический статус;
 - недоступность медицинской помощи;
 - профессиональные вредности;
 - «вредные привычки» (курение, алкоголь, наркотики).
2. Питание:
 - исходно низкая масса тела у беременной;
 - недостаточная прибавка массы тела в течение беременности;
 - длительное голодание;
 - вегетарианская диета, пристрастие к определённому виду пищи.
3. Сопутствующие заболевания:
 - хроническая артериальная гипертензия;
 - сахарный диабет с поражением сосудов;
 - заболевания почек;
 - аутоиммунные заболевания;
 - гемоглобинопатии;
 - тяжёлая анемия;
 - врожденные пороки сердца, с признаками недостаточности кровообращения;
4. Инфекционные заболевания матери:
 - вирусные: краснуха, цитомегаловирус, простой герпес, оспа;

- бактериальные: листериоз, туберкулёз, полимиелит, сифилис;
 - протозойные: токсоплазмоз, малярия.
5. Акушерский анамнез:
 - рождение детей с признаками ВЗРП (вероятность повторения 25%);
 - мертворождение;
 - неясный срок беременности, позднее взятие на учёт;
 - возраст матери (менее 16 и старше 35 лет).
 6. Осложнения беременности:
 - преэклампсия;
 - кровотечение во 2 и 3 триместре;
 - переносимая беременность;
 - аномалии пуповины и плацентации (предлежание плаценты);
 - многоплодие;
 - недостаточный рост ВСДМ (менее 3см от нормы).

Критерии диагностики:

1. показатели фетометрии плода меньше в сравнении со сроком беременности по дате первого дня последней менструации и данным бимануального исследования до 12 недель беременности (точность до 7 дней) или результатам фетометрии первого УЗ-сканирования плода;
2. прибавка массы тела беременной ниже ожидаемой;
3. ВСДМ меньше, чем характерно для данного срока беременности (на 3 см и более). Настороженность должно вызывать увеличение ВСДМ не соответствующее прибавке 1 см в неделю между 20-36 неделями беременности. Несоответствие ВСДМ сроку более 3-4 см должно быть показанием для проведения УЗИ, которое существенно может дополнить клинические данные.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. В динамике измерение высоты стояния дна матки;
2. Ультрасонография беременных групп риска развития ВЗРП по следующим параметрам:
 - фетометрия плода каждые 4 недели, в III триместре каждые 2-3 недели;
 - динамика роста плода по отношению к первому УЗИ;
 - оценка объема амниотической жидкости (маловодие – фактор риска заболеваемости и гибели плода, при маловодии рекомендуется проводить 1-2 раза в неделю по показаниям – чаще);
 - оценка двигательной активности плода;
 - биофизический профиль;
 - исследование плода на наличие врожденных пороков развития или маркеры хромосомной патологии;
3. Допплерометрическое исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока по следующим параметрам:
 - кровоток в пупочной артерии;
 - кровоток в маточных артериях;
 - кровоток в мозговых артериях плода;
 - отношение величины кровотока между мозговой артерией плода и маточной артерией.
4. Стрессовый тест;
5. Традиционный и модифицированный биофизический профиль;
6. Нестрессовый тест;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

1. Лечение сопутствующих заболеваний беременной, приводящих к ВЗРП;
2. Динамический контроль за состоянием матери и плода;
3. Своевременное изменение акушерской тактики (по показаниям);

Профилактика:

1. профилактика курения при беременности;
2. выявление и лечение очагов хронической инфекции;

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

1. -значительное отставание фетометрических параметров внутриутробного плода;
2. -уменьшение объема амниотической жидкости;
3. -уменьшение дыхательной активности и реактивности сердечной деятельности плода;
4. -присоединение аномальных признаков при доплерометрии плода;
5. -сочетание ВЗРП с тяжелыми осложнениями беременности;
6. -прогрессирование экстрагенитальной патологии в сочетании с ВЗРП
7. -необходимость проведения инвазивных методов диагностики (амниоцентез, кордоцентез).

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. National Guideline Clearinghouse: Intrauterine Growth Restriction.- www.guideline.gov
2. National Guideline Clearinghouse: ACR Appropriateness Criteria for Growth Disturbances: Risk of Intrauterine Growth Restriction.- www.guideline.gov
3. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Setting Standart to Improve Women's Health – The Investigation and Managment of the Small-For-Gestational-Age Fetus.- Guideline #31, 2002, p.16
4. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Rutine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
5. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
6. Внутриутробная задержка роста плода. – Ярославль.- 2001.- с.21

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

Воспалительные заболевания малого таза

Код протокола: 13-125в

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Купирование воспалительного процесса.

Длительность лечения: не менее 10 дней.

Код МКБ: N70 Сальпингит, оофорит.

Определение: Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) включают в себя инфекционные воспалительные заболевания верхних отделов полового тракта женщин с вовлечением маточных (фаллопиевых труб), яичников и окружающих тканей.

Классификация:

1. По уровню поражения:
 - Нижнего отдела полового аппарата (бартолинит, остроконечные кондиломы, вульвовагинит, псевдоэрозии шейки матки);
 - Верхнего отдела полового аппарата (эндометрит, сальпингоофорит, tuboовариальное образование, параметрит, пельвиоперитонит).
2. По течению:
 - острые - до 2 недель;
 - подострые - длительность течения 2 недели - 2 месяца;
 - хронические - длительность заболевания более 2 месяцев.
3. По характеру возбудителя:
 - специфической этиологии (гоноррея, туберкулез и т.д.);
 - неспецифической этиологии.

Факторы риска:

1. частая смена полового партнера;
2. плохие социально-экономические условия жизни;
3. низкий образовательный уровень.

Критерии диагностики:

1. Клиническая картина:
 - Двусторонняя боль в низу живота.
 - Патологические выделения из половых путей.
 - Лихорадка.
2. Принципы диагностики:
 - Жалобы:
 - двусторонняя боль в низу живота;
 - патологические выделения из половых путей;
 - лихорадка.
 - Тяжесть клинических проявлений у разных больных варьирует, и заболевание может даже протекать бессимптомно.
 - Объективные данные:
 - слизисто-гнойные выделения из половых путей;
 - болезненность шейки и тела матки;
 - увеличение размеров одного или двух яичников, их болезненность;
 - наличие tuboовариального образования и его болезненность.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. - Определение концентрации С-реактивного белка крови (повышена).
2. - Исследования на хламидийную и гонорейную инфекции.
3. - Общий анализ крови (для дифференциальной диагностики).
4. - Общий анализ мочи (для дифференциальной диагностики).
5. - Определение ХГЧ (для дифференциальной диагностики).
6. - Мазок по Папаниколау.

Специальные исследования:

1. - Трансвагинальное УЗИ.
2. - Биопсия эндометрия.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. - бактериальный посев на определение чувствительности к антибиотикам,
2. - иммунограмма.

Тактика лечения:

Правильное ведение больных с ВЗОМТ требует обследования и лечения всех половых партнеров, половой контакт с которыми состоялся в течение 60 дней, предшествующих заболеванию.

Антибактериальная терапия:

1. При амбулаторном лечении назначают доксициклин по 150 мг 1 раз в сутки или по 100 мг 2 раза в сутки внутрь в течение не менее 10 дней.
При инфекциях в области малого таза так же эффективно назначение 600 мг клиндамицина каждые 8 ч.
2. После исключения хламидийной и гонорейной инфекций лечение начинают с комбинации цефалексина по 500 мг и метронидазола по 400 мг 3 раза в сутки.
3. При подозрении на гонорейную инфекцию лечение следует начать с приёма норфлоксацина 800 мг или ципрофлоксацина 500 мг однократно, а затем продолжить лечение приёмом доксициклина по 150 мг 1 раз в сутки или по 100 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 10 дней.
4. Если у пациентки диагностирован бактериальный вагиноз или в полости матки находится ВМС, к основному лечению добавляют приём метронидазола по 400 мг 3 раза в сутки.
5. Профилактика и лечение кандидоза: итраконазол оральный раствор 200 мг\сут в течение 14 дней или флуконазол 100 мг в неделю в течение 6 месяцев.

ВМС следует удалить.

Всех половых партнёров пациентки необходимо рекомендовать обследовать и при необходимости назначить лечение.

Перечень основных медикаментов:

1. *Доксициклин 100 мг капс
2. Норфлоксацин 800 мг
3. *Ципрофлоксацин 250 мг, 500 мг табл
4. Клиндамицин 150 мг, 300 мг капс
5. *Цефалексин 250 мг, 500 мг табл, капс
6. *Метронидазол 250 мг табл
7. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
8. *Флуконазол 50 мг, 150 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. - молодой возраст больной при отсутствии детей; подростки (первый эпизод заболевания, возможность уклонения от лечения);
2. - сомнения в диагнозе;
3. - выраженная лихорадочная реакция;
4. - тяжелая интоксикация;
5. - пельвиоперитонит, симптомы общего перитонита;
6. - подозрение на тубо-овариальный абсцесс, перфорацию, тромбоз, случаи с неясным диагнозом (симптомы раздражения брюшины распространяются на верхние отделы живота);
7. - беременность;
8. - невозможность организации амбулаторного лечения или его недостаточная эффективность.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Lower abdominal pain of gynaecological origin EBM Guidelines. 11.6.2004
2. Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guidelines for the management of pelvic infection and perihepatitis. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002. Various p.
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

Гипертензионные расстройства при беременности

Код протокола: 14-1326

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Снижение показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в результате гипертензионных расстройств при беременности.

Коды МКБ: O10 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период

O11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией

O13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии

O14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией

O15 Эклампсия

O16 Неуточненная материнская гипертензия

Определение: Гипертензионные расстройства (повышение систолического (сАД) выше 140, диастолического АД (дАД) выше 90 мм.рт.ст., измеренное не менее 2-х раз с интервалом 4-6 часов) различного происхождения, осложняющие беременность, роды и послеродовый период. Среди всех беременных гипертензивные расстройства (ГР) встречаются в 8-16% случаев и занимают 2-3 места в структуре материнской смертности.

Классификация:

1. Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период (хроническая артериальная гипертензия - ХАГ) - гипертензия, которая существовала до наступления беременности или была диагностирована при данной беременности в сроках менее 20 недель, сохраняющаяся после родоразрешения.

- эссенциальная;
- кардиоваскулярная;
- почечная;
- вторичная.

2. Преэклампсия - синдром, специфический для беременности, проявляющийся гипертензией после 20 недель беременности (или ранее при трофобластической болезни), связанный с присоединением протеинурии (включает проявление HELLP синдрома) с обратным развитием симптомов после родоразрешения.

А. Преэклампсия средней степени тяжести:

- АД выше или равно 140/90, но менее 160/110 мм.рт.ст., измеренное дважды с интервалом 6 часов отдыха;
- повышение систолического АД более, чем на 30 мм.рт.ст., а диастолического - более, чем на 15 мм.рт.ст. по сравнению с исходным АД;
- присоединение отеков на лице, руках;
- суточная протеинурия 0,3-5,0 г/сут.

Б. Преэклампсия тяжелой степени:

- АД выше 160/110 мм.рт.ст., измеренное дважды с интервалом 6 часов отдыха;
- повышение систолического АД более, чем на 30 мм.рт.ст., а диастолического - более, чем на 15 мм.рт.ст. по сравнению с исходным АД;
- отеки на лице, руках;
- суточная протеинурия более 5,0 г/сут;
- признаки HELLP синдрома;
- признаки дистресса плода.

(Преэклампсия легкой степени (классификация РК)

- АД выше или равно 140/90, но менее 160/110 мм.рт.ст., измеренное дважды с интервалом 6 часов отдыха;
- повышение систолического АД более, чем на 30 мм.рт.ст., а диастолического - более, чем на 15 мм.рт.ст. по сравнению с исходным АД;

- отсутствие отеков на лице, руках;
- суточная протеинурия менее 0,3 г/сут.)
- 3. Эклампсия - на фоне клинической картины преэклампсии развиваются клонико-тонические судороги.
- 4. Преэклампсия, наложившаяся на хроническую гипертензию.

Факторы риска:

1. - эпизоды повышения АД до беременности;
2. -гипертензионные расстройства при предыдущей беременности;
3. -предшествующий сахарный диабет у матери;
4. -системные коллагенозы у матери;
5. -предшествующие заболевания почек у матери;
6. -многоплодная беременность;
7. -первая беременность;
8. -интергенетический интервал более 10 лет;
9. -возраст беременной старше 40 лет;
10. -индекс массы тела при первой явке более 35;
11. -первобеременные;
12. -семейный анамнез ГР при беременности;
13. -наличие волчаночного антигена в сыворотке крови.

Критерии диагностики:

1. - повышение систолического выше 140, диастолического АД выше 90 мм.рт.ст., измеренное не менее 2-х раз с интервалом 4-6 часов; повышение систолического АД более, чем на 30 мм.рт.ст., а диастолического - более, чем на 15 мм.рт.ст. по сравнению с исходным АД.
2. - суточная протеинурия более 0,3 г/сут;
3. - присоединение отеков (необязательно).

Перечень основных диагностических мероприятий:

Перечень диагностических мероприятий при ГР у беременных проводится 1 раз в 2 недели или чаще по показаниям:

1. Определение гемоглобина, гематокрита
2. Определение концентрации тромбоцитов
3. Определение уровня экскреции белка
4. Определение концентрации креатинина сыворотки крови
5. Определение концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови
6. Определение концентрации сывороточных трансаминаз
7. Определение сывороточного альбумина, лактатдегидрогеназы
8. Определение коагуляционного профиля
9. УЗИ плода в сроках 18-20, 28-32 недели, затем ежемесячно до родов

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ЭКГ
2. Определение группы крови, Rh-фактор
3. Серологическое обследование на сифилис
4. Бактериологическое исследование мочи
5. Проба по Нечипоренко
6. УЗИ почек
7. Консультация нефролога
8. Консультация окулиста
9. Консультация кардиолога

Тактика лечения:

1. Наблюдение преэклампсии легкой степени проводится в дневном стационаре медикаментозное лечение по показаниям. Назначается охранительный режим (с ограничением физического и психического напряжения); положение на левом боку при

отдыхе, минимум по одному часу 3 раза в день; рациональное питание (пища с повышенным содержанием белковых продуктов, без ограничения соли и воды, не вызывающая жажду); комплекс витаминов для беременных; препараты железа и кальция – по показаниям.

2. Беременным со средней и тяжелой формой преэклампсии показана обязательная госпитализация. Терапия тяжелых форм преэклампсии проводится только в условиях отделения интенсивной терапии.

Гипотензивная терапия беременным показана при уровне ДАД 100 мм.рт.ст. и выше, выбор антигипертензивного препарата определяется совместно с терапевтом и зависит от сопутствующей экстрагенитальной патологии, состояния внутриутробного плода, течения ГР у пациентки, индивидуальной чувствительности, переносимости препарата, выраженности побочных эффектов. Комбинированная терапия потенциально более эффективна, чем монотерапия. Поэтому при ГР медикаментозное лечение рекомендовано начинать с монотерапии минимальными дозами. Если при монотерапии не удастся достичь «целевых» значений АД, то необходимо использовать комбинированную терапию. При тяжелой преэклампсии терапию необходимо начинать с комбинации двух препаратов в минимальной дозе в условиях стационара с надлежащим мониторингом.

- *Метилдопа при лечении ХАГ и/или преэклампсии является препаратом выбора, поскольку не вызывает нарушения гемодинамики плода. Разовая терапевтическая доза составляет 250-500 мг, кратность приема 3-4 раза в сутки, суточная доза 750-2000 мг.

- При отсутствии эффекта от проводимой терапии:
Прием антагонистов Са-каналов возможен со II триместра беременности дополнительно к приему метилдопа по вышеуказанной схеме. Разовая терапевтическая доза *нифедипина составляет 10 мг,

кратность приема 3 раза в сутки, суточная доза 30 мг; *нормодипин 5-10 мг в сутки.

- Назначение в-адреноблокаторов (*атенолол) возможно со II триместра беременности, т.к. их назначение в ранние сроки беременности может привести к внутриутробной задержке плода. Разовая терапевтическая доза составляет 100-200 мг, кратность приема 1-2 раза в сутки, суточная доза 200-400 мг.

- Профилактика судорог и лечение гипертензии – препаратом выбора является *сульфат магния (в/в нагрузочная доза 4-6г сухого вещества в течение 20 минут, поддерживающая доза – 2 г/час; в/м – нагрузочная доза 10 г. сухого вещества).

При сроке беременности до 35-36 недель беременности необходимо назначать стероиды с целью профилактики РДС у новорожденных (*дексаметазон 12 мг 2 раза в день). При недостаточной готовности родовых путей проводится подготовка к родам простагландинами Е₂.

Перечень основных медикаментов:

1. *Метилдопа 250 мг табл
2. *Нифедипин 10 мг, 20 мг табл
3. Нормодипин 5 мг, 10 мг табл
4. *Атенолол 50 мг, 100 мг табл
5. * магния сульфат раствор для инъекций 25% в ампуле 20 мл
6. *Дексаметазон 0,5 мг, 1,5 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. - стабилизация/нормализация уровня АД;
2. - уменьшение/исчезновение протеинурии;
3. - уменьшение/исчезновение отеков;
4. - нормализация показателей лабораторных данных.
5. -удовлетворительное состояние внутриутробного плода;
6. -прогрессирование беременности

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. National Guideline Clearinghouse: www.guideline.gov
National High Blood Pressure Education Program: Working Group report on high blood pressure in pregnancy;
Chronic Hypertension in Pregnancy;
Diagnosis and Treatment of Preeclampsia and Eclampsia;
Preeclampsia Community Guideline.
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Setting Standard to Improve Women's Health
Management of Eclampsia
Pre-eclampsia – Study Group Recommendations
3. Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. Management of Non-proteinuric Hypertension in Pregnancy
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005, p.80
5. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Под ред. Бащинского С.Е., Москва, Медиа-Сфера, 2003 г., выпуск 2, часть 4, с.1215-1233.
6. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
7. Артериальная гипертензия при беременности. Пособие для врачей и интернов. Ярославль, 1999, с.34
8. Clinical Evidence. BMJ, 2001, Issue 6, p.1111-1124.

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

Инфекции мочеполовых путей при беременности

Код протокола: 14-140м

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: проведение скринингового обследования беременных на асимптомную бактериурию, диагностика инфекций мочеполовых путей, их санирование, профилактика рецидива, сохранение беременности.

Длительность лечения: 7 дней

Код МКБ:

- O23 Инфекции мочеполовых путей при беременности
- O23.0 Инфекция почек при беременности
- O23.1 Инфекция мочевого пузыря при беременности
- O23.2 Инфекция уретры при беременности
- O23.3 Инфекция других отделов мочевых путей при беременности
- O23.4 Инфекция мочевых путей при беременности неуточненная
- O23.5 Инфекция половых путей при беременности
- O23.9 Другая и неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности

Определение: Инфекционные заболевания мочеполовых путей, осложняющие беременность, роды и послеродовый период.

Классификация:

1. Бессимптомная бактериурия выявляется у 2-11% беременных – персистирующая бактериальная колонизация органов мочевого тракта без проявления дизурических симптомов;
2. Острый цистит беременных выявляется у 1,3% беременных;
3. Острый пиелонефрит выявляется у 1-2,5%, хронический пиелонефрит встречается у 10-18% беременных.

Факторы риска:

1. Короткая уретра;
2. Наружная треть уретры постоянно содержит микроорганизмы из влагалища и прямой кишки;
3. Женщины не опорожняют свой мочевой пузырь в полном объеме;
4. Поступление бактерий в мочевой пузырь при половом акте;
5. Применение антимикробных средств;
6. Беременность;
7. Низкий социально-экономический статус;
8. Кормящие женщины;
9. Хронический пиелонефрит.

Критерии диагностики:

1. Клиническая картина (дизурические расстройства, частое мочеиспускание, императивные позывы, симптомы интоксикации);
2. Увеличение количества лейкоцитов и белка в моче, бактериурия более 100 000 микроорганизмов в одном мл мочи.
3. Культуральное исследование мочи.

Перечень основных диагностических мероприятий:

Исследование с помощью тест-полосок (кровь, белок);

1. Бактериоскопическое исследование мочи при каждом визите в поликлинику;
2. Анализ мочи;
3. Исследование осадка мочи;
4. Культуральное исследование мочи при первом визите в поликлинику, а при выявлении и лечении бактериурии и цистита – каждый месяц до родоразрешения и 4-6 недель после него; после стационарного лечения пиелонефрита – 2 раза в месяц до родоразрешения.

5. Общий анализ крови;
6. Анализ мочи по Нечипоренко;
7. Концентрация креатинина в крови (по показаниям);
8. Культуральное исследование крови при подозрении на пиелонефрит;
9. Серологическое исследование на гонорею и хламидиоз;
10. УЗИ почек;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация терапевта;
2. Консультация уролога.

Тактика лечения:

Бессимптомная бактериурия. Беременность не повышает частоту бактериурии, но при ее наличии способствует развитию пиелонефрита. Не существует научных доказательств, что бактериурия предрасполагает к развитию анемии, гипертензии и преэклампсии, хронических болезней почек, амнионита, эндометрита. Беременные с бактериурией относятся к группе высокого риска по частоте самопроизвольных выкидышей, мертворождений и внутриутробной задержки развития плода. Уровень неонатальной смертности и недонашивания повышается в 2-3 раза. Подавляющее большинство беременных с бактериурией могут быть выявлены при первом визите к врачу в ранние сроки беременности, у 1% - бактериурия развивается в более поздние сроки беременности. Лечение подлежат все беременные с бактериурией. Лечение бактериурии в ранних сроках беременности предотвращает развитие пиелонефрита в 70-80% случаев, а также 5-10% всех случаев недонашивания. Короткий курс лечения (1-3 недели) ампициллином, цефалоспоридами или нитрофуранами столь же эффективен в устранении бактериурии (79-90%), как и постоянный прием антимикробных средств. Ни один препарат не имеет преимуществ перед другими, в связи с чем, выбор препарата должен осуществляться эмпирически по клиническим и лабораторным показателям. При выявлении бактериурии лечение начинается с 3-х дневного курса антибактериальной терапии с последующим ежемесячным культуральным исследованием мочи для контроля. При повторном выявлении бактериурии (16-33%) необходимо назначить поддерживающую терапию до родов и еще 2 недели после родов (однократный прием препарата вечером после еды). Пенициллины и цефалоспорины не представляют опасности для плода. Сульфаниламиды могут стать причиной гипербилирубинемии и ядерной желтухи у новорожденных. Тетрациклины вызывают дисплазию костей и зубов. Нитрофураны могут стать причиной гемолиза у плодов с дефицитом глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы. Аминогликозиды могут вызвать повреждение 8 пары черепно-мозговых нервов у плода.

Лечение острого цистита при беременности. Диагностируется по клинической картине (частые, болезненные мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря). Бактериологическое подтверждение инфекции возможно только у 50% беременных с дизурией. Случаи с отсутствием бактериурии относятся к острому уретральному синдрому, имеющему связь с хламидийной инфекцией. Риск развития острого пиелонефрита после цистита составляет 6%. Беременные с циститом подлежат такому же лечению, как и беременные с бактериурией.

Острый пиелонефрит при беременности. Беременным с клиникой острого пиелонефрита показана обязательная госпитализация в стационар. По окончании лечения пиелонефрита беременной должна быть назначена поддерживающая терапия до конца беременности. Необходимо проводить культуральное исследование мочи 2 раза в месяц и лечение выявленной бактериурии.

Терапевтическая тактика:

1. Лечение бессимптомной бактериурии и острого цистита у беременных проводится в течение 3 суток по одной из следующих схем:

*Амоксициллин 250-500 мг через 8 часов (3 раза в сутки);

*Амоксициллин/клавуланат 375-625 мг через 8-12 часов (2-3 раза в сутки);

*Цефазолин 1 мг 2 раза в сутки);

Фурагин 50 мг через 6 часов;

2. При повторном выявлении бактериурии необходимо назначить поддерживающую терапию до родов и еще 2 недели после родов (однократный прием препарата вечером после еды) по одной из предложенных схем:

Нитрофурантоин 100 мг на ночь;

Фурагин 50 мг через 6 часов;

*Амоксициллин 250 мг на ночь;

*Цефазолин 1,0 в/м на ночь;

Профилактика:

- Личная гигиена;
- Ограничение использования антимикробных средств.

Перечень основных медикаментов:

1. *Амоксициллин 500 мг, 1000 мг табл
2. *Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг табл
3. *Цефазолин порошок для приготовления инъекционного раствора 1000 мг
4. *Цефалексин 250 мг, 500 мг табл, капс
5. Фурагин 100 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. Острый пиелонефрит;
2. Обострение хронического пиелонефрита.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Инфекционные заболевания в акушерстве и гинекологии. Пособие для врачей и интернов.- Ярославль.- 2003.- с.31
2. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
3. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Rutine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
4. National Guideline Clearinghouse: DoD/VA Clinical Practice Guideline for Managment of Uncomplicated Pregnancy.- www.guideline.gov
5. National Guideline Clearinghouse: Uncomplicated Urinary Tract Infection in Women.- www.guideline.gov
6. National Guideline Clearinghouse: Screening for Asymptomatic Bacteriuria – Recommendation Statement - www.guideline.gov
7. IDSA Guidelines for Asymptomatic Bacteriuria - CID, 2005:40, p.643-655

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

Кандидозный вульвовагинит

Код протокола: 18-158 с

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Диагностика вагинального кандидоза, проведение антимикотической терапии и профилактика рецидивов заболевания.

Длительность лечения: 10 дней

Код МКБ: В37.3 Кандидоз вульвы и вагины

Определение: Кандидозный вульвовагинит - это клинически проявляющееся воспаление слизистой оболочки влагалища (а часто и других наружных половых органов), вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Классификация:

1. Острый (не более 2 месяцев)
2. Хронический (длительность заболевания более 2 месяцев)
3. Рецидивирующий (4 и более эпизодов в год) – 5%

Факторы риска:

1. Сахарный диабет;
2. Беременность;
3. Ожирение;
4. Лечение антибиотиками, кортикостероидами, иммунодепрессантами

Критерии диагностики:

1. Клинические проявления (зуд и болезненность вульвы, выделения из влагалища, вторичные дизурические явления, покраснение тканей вульвы и влагалища, шелушение, отек, эскориации, трудно снимающиеся белые или желтые налеты на слизистой влагалища;
2. Обнаружение мицелия грибка или псевдогифе во влагалищном мазке.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Прямая микроскопия мазка с выявлением мицелия грибка или псевдогифе;
2. Микроскопия мазка, окрашенного по Грамму;
3. Культуральный метод;

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Острый вульвовагинальный кандидоз: *клотримазол 1% крем 5,0 во влагалище 7-14 дней; клотримазол – влагалищные таблетки 100 мг один раз в сутки 7 дней; или клотримазол в вагинальных таблетках 100 мг 2 раза в день 3 дня; клотримазол 500 мг влагалищные таблетки однократно; *миконазол 2% крем 5.0 во влагалище в течение 7 дней; *итраконазол 200 мг\сут в течение 7 дней, флуконазол per os 150 мг однократно или 50 мг 3 дня.

Возвратный кандидоз: флуконазол 100 мг в неделю в течение 6 месяцев (клотримазол вагинально 500 мг в неделю в течение 6 месяцев, итраконазол по 200 мг 2 р\сут в первый день менструации на протяжении 6 циклов. При тяжелых проявлениях вульвовагинального кандидоза в течение 7-14 дней назначается местное лечение 150 мг флуконазола в 2 последовательных приема (через 72 часа). При частых рецидивах заболевания рекомендуется кетоканазол 400 мг 14 дней с последующим длительным применением клотримазола местно 1 раз в неделю или кетоканазола 100 мг в день до 6 месяцев или по 400 мг 5 дней ежемесячно.

Неальбикантные формы кандидоза вне беременности лечатся по схеме: желатиновые капсулы борной кислоты 600 мг один раз в сутки 2 недели.

Перечень основных медикаментов:

1. *Клотримазол 1% крем, 100 мг влагалищные табл.
2. *Миконазол 2% крем
3. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
4. *Итраконазол 100 мг капс
5. *Кетоканазол 200 мг табл

6. *Флуконазол 50 мг, 150 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Желатиновые капсулы борной кислоты 600 мг.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Неэффективность лечения в течение 7 дней

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Инфекционные заболевания в акушерстве и гинекологии. Пособие для врачей и интернов.- Ярославль.- 2003.- с.31
2. Инфекции, передающиеся половым путем. Пособие для врачей и интернов.- Ярославль.- 2000.- с.51
3. National Guideline Clearinghouse: 2002 National Guideline on the Management Vulvovaginal Candidiasis.- www.guideline.gov
4. National Guideline Clearinghouse: Diseases Characterized by Vaginal Discharge. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002.- www.guideline.gov
5. National Guideline Clearinghouse: Common Gynecologic Problems: a Guide to Diagnosis and Treatment 2002.- www.guideline.gov
6. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286

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

Лейомиома матки

Код протокола: 13-124е

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Своевременная диагностика и лечение, профилактические мероприятия.

Отсутствие роста или уменьшение размеров матки.

Уменьшение болевого синдрома.

Нормализация менструального цикла.

Длительность лечения: 3-6 мес

Код МКБ: D25 Лейомиома матки

Определение: Лейомиома матки - доброкачественная опухоль из гладкомышечных волокон соединительнотканых элементов.

Классификация:

1. По локализации и направлению роста:

- Подбрюшинная (субсерозная) - рост миоматозного узла под серозную оболочку матки в сторону брюшной полости (внутрибрюшное расположение, внутрисвязочное расположение).

- Подслизистая (субмукозная) - рост миоматозного узла под слизистую оболочку матки в стороны полости органа (в полости матки, рождающаяся, родившаяся).

- Внутрстеночная (интерстициальная) - рост узла в толще мышечного слоя матки (в теле матки, в шейке матки).

2. По клиническим проявлениям:

- Бессимптомная миома матки (70-80% случаев).

- Симптомная миома матки (20-30% случаев) - клинические проявления симптомной миомы матки (нарушение менструального цикла по типу менометроррагии, дисменореи; болевой синдром различной степени выраженности и характера (тянущие, схваткообразные); признаки сдавления и/или нарушения функции тазовых органов; бесплодие; привычное невынашивание; вторичная анемия).

Факторы риска: Гормональные нарушения: инсулиноподобный фактор роста, эпидермальный фактор роста, трансформирующий фактор роста, женские половые гормоны (эстроген, прогестерон)

Нерожавшие.

Ожирение.

Курение.

Критерии диагностики: Увеличение размеров матки.

Нарушение менструального цикла.

Болевой синдром.

Нарушение функции соседних тазовых органов.

Дифференциальная диагностика со злокачественными новообразованиями матки, при подозрении и/или подтверждении малигнизации госпитализация в онкологический стационар.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. УЗИ в динамике.

2. Вагинальное исследование в динамике.

3. Мазок по Папаниколау.

4. Аспирационная биопсия эндометрия.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: Онкогинеколог по показаниям.

Тактика лечения: Консервативное лечение лейомиомы матки:

Преимущества и недостатки сопоставимы:

Применение аналогов гонадолиберина в сочетании с комбинированной заместительной гормональной терапией; применение аналогов гонадолиберина в сочетании с гестагенами; монотерапия аналогами гонадолиберина.

Перечень основных медикаментов:

1. Триптофелин;
2. Комбинированная заместительная гормональная терапия;
3. Аналоги гонадолиберина в сочетании с гестагенами (дидрогестерон);
4. КОК с высокой гестогенной активностью (левоноргестрел, дезогестрел, гестоден, диеногест, норгестимат).

Перечень дополнительных медикаментов: При наличии миоматозных узлов диаметром до 3,0 см и единичных формах показан *дидрогестерон табл 10 мг с 5 по 25 дни менструального цикла в течение 3-9 мес. (Приказ МЗ РК от 22.12.2004г. № 883)

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. Субмукозная форма миомы.
2. Быстрый рост опухоли (3-4 недели за год).
3. Величина опухоли более 12 недель.
4. Обильные маточные кровотечения, не поддающиеся консервативному лечению.
5. Болевой синдром.
6. Нарушение функции тазовых органов.
7. Осложнения (острое маточное кровотечение, выворот матки, нарушение питания узла, инфицирование узла, перекрут ножки узла, малигнизация)

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2000 May. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 16).
2. Gynaecological tumours EBM Guidelines. 12.8.2005
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.
4. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Издательство «Медиа Сфера», выпуск №3.- 2004.
5. Сметник В.П., Тумилович Г.Д. Неотложная гинекология. М., 2003.

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

Наблюдение физиологической беременности

Код протокола: 14-002a

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Нормальное течение беременности и рождение живого доношенного плода.

Длительность лечения: в течение беременности

Код МКБ: Z34 Наблюдение за течением нормальной беременности

Определение: Физиологическая беременность - беременность продолжительностью 37-42 недели (276-294 дня), результатом которой является рождение здорового доношенного новорожденного.

Классификация: не существует

Факторы риска:

Критерии диагностики: Физиологическое течение беременности соответственно сроку гестации.

Перечень основных диагностических мероприятий: см. тактику

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: см. тактику

Тактика ведения беременности:

Первый осмотр проводят на сроке до 12 недель беременности одновременно с первым медицинским обследованием.

Первое медицинское обследование, проводимое на 12-й неделе беременности:

- Возраст беременной. Беременную в возрасте до 18 лет и старше 35 лет направляют на УЗИ. Женщине следует предоставить информацию о дополнительных методах обследования, чтобы она могла участвовать в принятии решения о необходимости их проведения.

- Масса тела беременной. При индексе массы тела более 25,0 следует провести тест на толерантность к глюкозе, а также УЗИ.

- Ограничение белка и калорий в рационе беременных с избыточной массой тела, а также беременных, сильно прибавивших в массу тела в начале беременности, неэффективно и даже может пагубно повлиять на развитие плода.

- Определение срока беременности (беременную направляют на УЗИ в 12-14 недель).

- Срок последнего менструального кровотечения, его характер (при необычном характере менструальных выделений следует направить женщину на УЗИ).

- Дата проведения теста на беременность при его положительном результате.

- Регулярность менструального цикла (крайне нерегулярные).

- Принимала ли женщина пероральные контрацептивы (принимала непосредственно перед беременностью).

- Течение предыдущих беременностей.

- Продолжительность предыдущих беременностей (при продолжительности менее 36 нед. или более 42 нед. женщину следует направить на УЗИ).

- Преэклампсия, внутрипечёночный холестаз беременных, осложнившие течение предыдущих беременностей (всегда проводят УЗИ).

- Продолжительность родов (кесарево сечение), роды с помощью вакуум-экстракции (узкий таз).

- Страх родов.

- Масса тела детей при рождении (если более 4,5 кг или менее 2,5 кг, проводят УЗИ, тест на толерантность к глюкозе).

- Состояние здоровья родившихся детей (врождённые аномалии, хромосомная патология, рождение мёртвого ребёнка).

- Предыдущие аборт (2 и более).

- Предыдущие заболевания и какие-либо другие проблемы, связанные со здоровьем.

- Приём лекарственных препаратов во время беременности (злоупотребление лекарственными препаратами, приём тератогенных, психотропных средств).

- АД (часто выше 140/90 мм рт.ст.).

- Инфекции мочевых путей (необходимо провести профилактическое лечение, дать беременной консультацию).
- Сахарный диабет (следует провести тест на толерантность к глюкозе).
- Тромбозы, эмболии, гепатит, остановка сердца, субарахноидальное кровоизлияние, злокачественная опухоль (как можно скорее беременную следует направить к специалисту или на УЗИ).
- Эпилепсия, геморрагические заболевания, заболевания сердца, органов дыхания, почек или печени, заболевания нервной системы, дисфункция щитовидной железы, ревматизм, заболевания кишечника (необходимо направить беременную к специалисту или проконсультироваться с ним относительно дальнейшей тактики её ведения).
- Патология, при которой есть необходимость проведения диагностических мероприятий на ранних сроках беременности (хромосомные изменения у одного из родителей или у предыдущего ребёнка, наследственное заболевание у членов семьи, врождённый нефроз у предыдущего ребёнка или другого члена семьи, анэнцефалия, менингомиелоцеле или другая патология ЦНС). Лечение бесплодия (проводили перед данной беременностью).
- Курение (выраженное пристрастие).
- Употребление алкоголя (злоупотребление).
- Профессиональные вредности.
- Социальные проблемы.
- Аллергия.
- Операции на матке.

Бимануальное влагалищное исследование и осмотр в зеркалах, целью которых в первую очередь служит выявление возможных инфекций.

- На более поздних сроках беременности влагалищное бимануальное исследование проводят очень осторожно, как можно меньше раздражая шейку матки. Необходимость в этом исследовании появляется при наличии повышенного тонуса матки или ощущения беременной чувства давления в низу живота, что может указывать на преждевременные роды.

- Для определения длины шейки матки бережный осмотр в зеркалах можно проводить во время каждого визита беременной в женскую консультацию. Также осмотр в зеркалах позволяет определить открытие шейки матки и плодный пузырь.

• Проводят исследование влагалища и наружного зева шейки матки на наличие инфекций (эрозия шейки матки, выделения из половых путей с запахом). При необходимости выполняют тест с раствором гидроксида калия на появление рыбного запаха в выделениях из влагалища после добавления капли раствора непосредственно на нативный препарат, а также исследуют влагалищный мазок под микроскопом на ключевые клетки и трихомонады. При наличии зуда во влагалище для обнаружения грибов можно использовать микроскопию мазков (соскоб беловатых выделений со стенок влагалища) или метод посева культур. При наличии кровянистых выделений из цервикального канала в момент осмотра или если больная жалуется на них, необходимо взять материал для исследования на хламидийную и гонорейную инфекции.

Размеры и положение матки

Табл. 1. Размеры матки во время беременности

Неделя беременности	Размеры матки
6-я	Заметного увеличения размеров матки нет
8-я	9 см
12-я	12 см
16-я	Дно матки находится на середине расстояния между верхним краем лобкового симфиза и пупком
20-я	Дно матки находится на уровне пупка

- При несоответствии размеров матки с длительностью аменореи необходимо направить женщину на УЗИ.

Прочие рекомендации

- Следует определить сердцебиение плода. Оно должно быть зафиксировано в крайнем случае на 14-й неделе беременности при УЗИ или аппаратом "Малыш".
- Беременной объясняют, что нормальная беременность может длиться 42 нед.
- Анализ крови (6 параметров при I явке).
- При уровне гемоглобина менее 110 г/л определяют содержание сывороточного железа крови.
- Анализ мочи при каждой явке.
- Мазок на степень чистоты влагалища при I явке.
- RW при I явке.
- Вич при I явке (по желанию).
- Осмотр терапевтом, стоматологом, эндокринологом.
- Беременную в возрасте старше 35 лет направить на консультацию генетика (дополнительное исследование).

Контрольный осмотр на сроке (14)-15 неделе беременности

- С согласия беременной у неё проводят исследование крови на сывороточный АФП.

Контрольный осмотр на сроке (22)-24-(26) неделе беременности

- Цель осмотра — оценка степени риска возникновения преждевременных родов.
- Во время осмотра важно проводить измерение высоты стояния дна матки (возможна многоплодная беременность).
- При указании в анамнезе беременной на возможность возникновения преждевременных родов её направляют на медицинское обследование.
- УЗИ в 20-22 недели (исключение ВПР).

Второе медицинское обследование, проводимое на сроке (26)-28-(30) неделе беременности

- На этом сроке беременности необходимо окончательно подтвердить наличие многоплодной беременности с помощью измерения высоты стояния дна матки и проведения УЗИ. Кроме того, при втором медицинском обследовании целенаправленно выявлять признаки преэклампсии.
- Женщин, ранее имевших беременность, просят сравнить размеры плода настоящей беременности с аналогичными при предыдущей беременности на тех же сроках.
- Во время обследования выясняют:
 - насколько беременная справляется с выполнением работы;
 - причины чрезмерного увеличения массы тела (преэклампсия).
- Акушерское обследование.
 - Размеры матки (допустимо отклонение не более чем на 2 см от средних значений).
 - Цервикальный канал (внутренний зев может пропускать палец).
 - Предлежание плода (поперечное или ягодичное предлежание может указывать на аномалию развития матки).
 - Размер плода соотносят с его массой или характеризуют следующим образом:
 - м — малые размеры плода относительно срока беременности;
 - н — нормальные размеры плода относительно срока беременности;
 - б — большие размеры плода относительно срока беременности.
- Скрининговое УЗИ на поздних сроках беременности проводить всем беременным не следует (В), однако доплерография кровотока в сосудах пуповины плода позволяет уменьшить частоту перинатальной смертности у беременных из группы высокого риска (В).
- Анализ крови (эритроциты, СОЭ, лейкоциты, свертываемость).
- Анализ мочи.
- RW (в 30 недель).
- Мазок на степень чистоты влагалища в 30 недель.

Контрольный осмотр на сроке (30)-32-(33) нед беременности

- Цель этого осмотра — подтверждение роста плода, для чего измеряют высоту стояния дна матки.

- Оценка размеров плода (см. выше).

— Установление предлежания плода (возможно ягодичное предлежание).

— Контроль за двигательной активностью плода рекомендуют проводить на сроке 33-35 нед беременности у беременных с особыми факторами риска (гибель плода при предыдущей беременности, внутрипечёночный холестаз беременных, сахарный диабет или сниженная толерантность к глюкозе). Подсчёт произвольных движений плода не рекомендуют проводить ранее 41 нед беременности в

связи с неподтверждённой их информативностью в контролируемых исследованиях.

- Подсчёт движений плода.

• Движения подсчитывают в течение 1 ч перед сном. Нормой считают по меньшей мере 10 движений плода, совершённых в течение 1 ч. Если количество движений плода меньше 10, их подсчёт продолжают ещё в течение 1 ч и, если не определяют; по крайней мере 10 отчётливых движений плода, беременную следует направить непосредственно в женскую консультацию. Движения плода также можно подсчитывать в течение дня.

• Взвешивание беременной, измерение АД, определение белка в моче.

Третье медицинское обследование, проводимое на сроке (35)-36-(37) нед беременности

Цель обследования — установление возможного ягодичного предлежания плода, подтверждение роста плода, выявление герпетической инфекции половых органов.

-Обращают внимание на следующие признаки.

• Двигательная активность плода.

• Наличие зуда может указывать на внутрипечёночный холестаз беременных; в этих случаях определяют в сыворотке крови натошак содержание АЛТ и жёлчных кислот.

- Акушерское обследование.

• Размеры матки (допустимо отклонение не более чем на 2 см от средних значений).

• Наружные половые органы (при подозрении на герпетическую инфекцию, т. е. при наличии пузырьковых высыпаний или язвочек, необходимо проинформировать об этом беременную и взять материал для соответствующего исследования).

• Состояние наружного зева шейки матки.

• Предлежание плода (ягодичное).

• Размеры плода (см. выше).

- Анализ крови (в 36 недель).

- Анализ мочи.

- RW (в 36 недель).

- Мазок на степень чистоты влагалища в 36 недель.

Осмотр через 5-12 нед после родов

- Первый патронаж проводится через 7-10 дней после выписки из роддома.

- Гинекологическое исследование.

• Состояние наружного зева шейки матки и влагалища.

• При наличии эктопии в области наружного зева шейки матки для цитологического исследования берут мазок по Папаниколау после возобновления менструальных кровотечений. Через 6 мес берут повторный мазок, после чего при необходимости назначают лечение. Эктопия сама по себе лечения не требует.

• При наличии признаков инфекции следует провести необходимые исследования.

- Цели послеродового осмотра.

• Определение необходимости приёма противозачаточных средств и выбор метода контрацепции. В матку нормальных размеров можно ввести ВМС. Женщины, имеющие двух и более здоровых детей или находящиеся в возрасте старше 35 лет, с согласия мужа имеют право на проведение хирургической стерилизации.

• Возможное развитие недержания кала (снижение способности удерживать кал или газы).

- Наличие возможных признаков послеродовой депрессии.
- Проводят следующие тесты.
- Определение уровня гемоглобина в крови, СОЭ, измерение АД; при наличии инфекции мочевых путей во время беременности проводят бактериологическое исследование мочи.
- При подозрении на наличие у ребёнка какой-либо патологии наследственного характера необходимо направить женщину на консультацию к специалисту по медицинской генетике.

Перечень основных медикаментов:

1. ** Железа соли однокомпонентные и комбинированные препараты, капсулы, драже, таблетки, содержащие не менее 30 мг железа
2. *Калий иодид 100 мг, 200 мг табл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: для родоразрешения

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Routine Prenatal Care ICSI Management of Labor Guidelines for hospital-based care. August 2005, 80 p.
2. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. October 2003
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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Нарушения менструального цикла

Код протокола: 13-125a

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Своевременная диагностика НМЦ с учетом классификации и возрастного фактора, этиологии; выявление осложнений (вторичная анемия, бесплодие и др.); проведение консервативной гемостатической терапии.

Длительность лечения: при кровотечениях 3-4 дня.

Коды МКБ: N91 Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации

N92 Обильные, частые и нерегулярные менструации

Определение: Нарушения менструального цикла (НМЦ) объединяют в себе аномалии менструальной функции органического и функционального генеза, проявляющиеся различными формами.

Классификация: Классификация по вариантам течения:

1. Аменорея:

- первичная (0,1-2,5%) - отсутствие менструации в возрасте 16 лет при нормальном росте и наличии вторичных половых признаков;
- вторичная (1-5%) - отсутствие менструации в течении 6 месяцев и более у ранее менструировавших женщин.

2. Гипоменструальный синдром

- гипоменоррея - скудные менструации;
- опсоменоррея - редкие менструации;
- олигоменоррея - короткие менструации.

3. Альгодисменоррея - болезненные менструации;

4. Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) - кровотечения, не связанные ни с органическими изменениями половых органов, ни с системными заболеваниями крови: ДМК ювенильного возраста; ДМК репродуктивного возраста; ДМК климактерические.

Факторы риска: не указаны

Критерии диагностики: Обильные, частые, редкие, скудные, болезненные менструации.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
3. УЗИ матки
4. ИФА-хорионический гонадотропин
5. ИФА-тестостерон
6. ИФА-фолликулостимулирующий гормон
7. ИФА-лютеинизирующий гормон

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография турецкого седла 1 проекция
2. Исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок
3. Консультация гематолога

Тактика лечения: Необходимо исключить органический генез НМЦ, после чего исследовать гормональный статус пациентки с целью определения уровня поражения. Параллельно проводится симптоматическая терапия. При отсутствии эффекта от консервативной терапии, рецидиве заболевания - показана госпитализация в гинекологический стационар для проведения лечебно-диагностического выскабливания эндометрия с гистологическим исследованием.

Этамзилат в/м 2 раза в день, 3-5 дней, менадиона натрия бисульфит 0,0015 мг x 3 раза в день, 3-5 дней, окситоцин 5 ЕД в/м x 2-3 раза в день 3-5 дней. При отсутствии эффекта до 3 дней и умеренных кровянистых выделениях, при гиперплазии эндометрия -

этинилэстрадиол+норгестрел по схеме. В зависимости от вида нарушения менструального цикла дополнительно назначается бромокриптин, дексаметазон, дидрогестерон.

Перечень основных медикаментов:

1. Этамзилат 12,5% в амп 2 мл
2. Менадиона натрия бисульфит раствор для инъекций 1%-1 мл, амп
3. *Окситоцин раствор для инъекций 5 ЕД/мл в ампуле

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Бромокриптин 2,5 мг, табл
2. *Дексаметазон 0,5 мг, 1,5 мг, табл
3. *Дидрогестерон 10 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. - массивная острая кровопотеря;
2. - выраженная анемизация пациентки (гемоглобин менее 70-80 г/л, гематокрит менее 17-20%);
3. - неэффективность консервативной терапии;
4. - рецидив НМЦ после курса лечения в течении 6 месяцев;
5. - возраст свыше 40 лет.
6. - гиперплазия эндометрия

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. The J.Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics// Ed. By N.Lambrou, A. Morse, E. Wallach, 1999.
2. PRODIGY Guidance – Menorrhagia Last revised in July 2005
3. Am Fam Physician. 2005 Jan 15;71(2):285-91. Dysmenorrhea. French L. Department of Family Practice, Michigan State University, College of Human Medicine.

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

Резус-иммунизация, требующая предоставления медицинской помощи

Код протокола: 14-140п

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: Оценка степени риска; динамическое исследование титра антител к Rh-фактору; десенсибилизирующая терапия при явлениях Rh-иммунизации; динамическое обследование внутриутробного плода; проведение профилактических мероприятий среди Rh-отрицательных первобеременных.

Длительность лечения:

Код МКБ: O36.0 Резус-иммунизация, требующая предоставления медицинской помощи матери

Определение: Rh-иммунизация беременной – комплекс иммунобиологических процессов, возникающих в результате перехода через плацентарный барьер из крови RhD-отрицательной беременной антител, направленных на разрушение RhD-положительных эритроцитов плода с формированием в его организме очагов экстрамедуллярного кроветворения.

Классификация: не существует.

Факторы риска:

1. RhD-отрицательная принадлежность крови беременной;
2. Предшествующие самопроизвольные или elective выкидыши;
3. Инвазивные процедуры (биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез);
4. Повторная беременность;
5. Кровотечение во время беременности во II-III триместрах;
6. Наружный акушерский поворот;
7. Травма живота;
8. Эктопическая беременность в анамнезе;
9. Неполный пузырный занос в анамнезе;
10. Кесарево сечение;
11. Ручное обследование полости матки в анамнезе;
12. Мертворождение или внутриутробная гибель плода в анамнезе;
13. Неиммунная водянка плода в анамнезе;
14. Предшествующие гемотрансфузии RhD-положительной крови;
15. Трансфузия тромбоцитов.

Критерии диагностики:

1. Наличие в крови матери антител к Rh-фактору в титре более 1:4;
2. Наличие признаков гемолитической болезни плода.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. определение группы крови и Rh-фактора беременной и ее мужа при первом визите в женскую консультацию/поликлинику;
2. скрининг RhD-антител в крови матери при первом визите в женскую консультацию/поликлинику и при отсутствии сенсибилизации в 28 недель беременности;
3. при выявлении антител к RhD-фактору повторный скрининг проводится в сроках 20-28 недель ежемесячно, 28-32 недели 2 раза в месяц; после 32 недель до родоразрешения 1 раз неделю;
4. УЗ-исследование с определением признаков ранней водянки плода (многоводие, гепатоспленомегалия) у иммунизированных пациенток проводится каждую неделю до обнаружения патологических признаков, а после этого каждый день.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Гемолитическая болезнь плода/новорожденного может варьировать от легких форм, диагностируемых только лабораторно, до тяжелых форм, приводящих к внутриутробной гибели плода или ранней неонатальной смерти.

Ведение беременности у неиммунизированных пациенток. Определение титра IgG к Rh-фактору по методу Кумбса проводится 1 раз в месяц. В случае обнаружения при любом сроке

беременности анти Rh-антител, пациентку следует вести как иммунизированную. Скрининг УЗИ в установленные сроки.

Ведение беременности у иммунизированных женщин. При первой беременности, осложнившейся Rh-сенсibilизацией, титр антител может использоваться для оценки риска эритроblastоза, который является существенным при титре 1:16 и более, является показанием к проведению амниоцентеза. УЗ-исследование позволяет диагностировать признаки ранней (гепатоспленомегалия и многоводие) и развившейся водянки плода (увеличение эхогенности стенок кишечника, кардиомегалия и перикардит, асцит, гидроторакс, отек кожи головы и конечностей, утолщение плаценты).

Эффективность лечения ГБП с использованием плазмафереза, иммуносупрессии, рутинной десенсибилизирующей терапии не доказана.

Профилактика анти RhD-иммуноглобулином проводится RhD-отрицательным пациенткам (беременным и родильница) после самопроизвольных выкидышей, прерывания беременности по медицинским и немедицинским показаниям до 12 недель беременности, проведения инвазивных процедур (биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез).

Иммунопрофилактика не проводится после добровольной хирургической стерилизации женщины, если отец новорожденного имеет RhD-отрицательную принадлежность крови, пациентка использует другой надежный способ контрацепции;

Профилактика во время беременности:

До 13 недель беременности - 50-75 мкг анти-Rho (D) иммуноглобулина, при сроке более 13 нед. 300 мкг;

При первой беременности - 100 мкг (500 ME) анти-Rho (D) иммуноглобулина в 28 и 34 недели беременности;

В 28 и 34 недели гестации всем резус-отрицательным, неиммунизированным беременным, когда отец плода резус-положительный - 100 мкг (500 ME) анти-Rho (D) иммуноглобулина;

Всем вышеперечисленным женщинам после родов (в течение 72 часов), если родился резус-положительный плод – 100 мкг (500 ME) анти-Rho (D) иммуноглобулина.

Перечень основных медикаментов: нет

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Анти-Rho (D) иммуноглобулина

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. впервые обнаруженный титр антител к Rh-фактору 1:16;
2. повышение титра антител при следующем исследовании на 2 последовательных разведения;
3. признаки ГБП по данным УЗ-исследования (водянка, многоводие, гепатоспленомегалия);
4. необходимость проведения инвазивных диагностических процедур (амниоцентез, кордоцентез);
5. в критические сроки (за 10-14 дней до антенатальной гибели плода, рождение новорожденного с ГБН, ранней неонатальной смертности плода в результате ГБН при предыдущих беременностях);
6. родовая госпитализация в 34 недели.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. National Institute for Clinical Excellence: Guidance on the Use of Routine Antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative Women.- Technology Appraisal Guidance - #41.- 2002.- p.16
2. National Guideline Clearinghouse: Prevention of RhD-Alloimmunization, 1999, p.8.- www.guideline.gov
3. SOGC Clinical Practice Guidelines: Prevention of Rh-alloimmunization.- #133, Sept.2003.- p.9
4. NHMRC: Guidelines on the Prophylactic Use of RhD Immunoglobulin in Obstetrics, 1999, p.195
5. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Setting Standard to Improve Women's Health. Use of RhD Immunoglobulin for Rh-prophylaxis.- #41.- 2002.- p.7
6. Резус-иммунизация.- Ярославль.- 2001.- с.22
7. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005, p.80
8. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the

Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286

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

Тошнота и рвота беременных

Код протокола: 14-140р

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: уменьшение тошноты, рвоты беременных, пролонгирование беременности.

Длительность лечения:

- до достижения цели этапа;
- при прогрессировании симптомов - госпитализация

Коды МКБ: O21 Чрезмерная рвота беременных

O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная

O21.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ

O21.2 Поздняя рвота беременных

O21.8 Другие формы рвоты, осложняющей беременность

O21.9 Рвота беременных неуточненная

Определение: **Тошнота и рвота беременных** – симптомы, наблюдающиеся во время гестационного процесса, которые не связаны с другими физиологическими причинами.

Эпидемиология: тошнота и рвота являются наиболее частыми симптомами в первом триместре беременности, которыми страдает 70-95% женщин. У 17% беременных они наблюдаются только по утрам, у 13% - сохраняются после 20 недель.

Тошнота – неприятные ощущения в грудной или эпигастральной области, выражающиеся в позывах к рвоте.

Рвота – непроизвольные экспульсии содержимого желудка через рот.

Чрезмерная рвота беременных - тошнота и рвота тяжелой степени, продолжающаяся до 20 недель беременности и приводящие к потере массы тела, дегидратации, электролитному дисбалансу и смерти.

Классификация:

1. Рвота беременных:

- Легкой степени - частота не превышает 5 раз в сутки;
- Рвота средней степени тяжести - 6-10 раз в сутки;
- Чрезмерная рвота - 11-25 раз в сутки.

2. Слюнотечение - может сопровождать рвоту или возникать как самостоятельная форма.

Факторы риска:

1. Повышение концентрации β -ХГЧ в крови;
2. Многоплодная беременность;
3. Недостаточность питания

Критерии диагностики:

Тошнота, рвота, слюнотечение, потеря массы тела беременной более 5%, признаки дегидратации.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ мочи
2. Оценка суточного диуреза.
3. Наличие ацетона, кетоновых тел в моче.
4. Биохимический анализ крови (уровень мочевины, креатинина, билирубина, общего белка).

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Немедикаментозное лечение: ограничение физической активности (увеличение времени отдыха) уменьшает частоту, интенсивность тошноты и рвоты беременных. Применение пищевых добавок, содержащих имбирь.

Медикаментозное лечение:

- пиридоксин (витамин B6) в дозе 10 мг per os каждые 8 часов в течении 2-3 дней.

- прием доксиламина 10 мг в сочетании с пиридоксином 10 мг до 4 таблеток в сутки (2 таблетки на ночь, по одной таблетке утром и в обед);
- при персистенции симптомов к лечению добавить прометазин в/м 12,5-25 мг через 4-6 часов или метоклопрамид в/м 5-10 мг через 8 часов;
- при присоединении признаков дегидратации показана госпитализация в стационар.

Перечень основных медикаментов:

1. *Пиридоксин 10 мг, 20 мг табл
2. Доксиламин 10 мг табл
3. *Прометазин раствор для инъекций в ампуле 50 мг/2 мл
4. *Метоклопрамид раствор в ампуле 2 мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

чрезмерная персистирующая рвота беременных, сопровождающаяся признаками дегидратации (наличие ацетона, кетоновых тел в моче; увеличение мочевины, остаточного азота, креатинина, билирубина в крови).

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Recommendations for the Evaluation and Management of Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. University of Texas at Austin, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program.- 2002, p.9
2. PRODIGY Guidance - Nausea and Vomiting in Pregnancy
3. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guidelines #120, 2002, p.1-7
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005, p.80
5. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
6. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, Издание «ГЭОСТАР-МЕД», 2003

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

Угрожающий аборт

Код протокола: 14-140с

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: своевременная диагностика, проведение адекватной терапии, своевременная госпитализация и профилактические мероприятия в группе риска; уменьшение/исчезновение болевого синдрома; уменьшение/исчезновение кровянистых выделений из половых путей; прогрессирование беременности.

Длительность лечения: 7 дней

Код МКБ: O20.0 Угрожающий аборт

Определение: **Самопроизвольный аборт (СА)** - самопроизвольное прерывание беременности, которое заканчивается рождением незрелого, нежизнеспособного плода в сроках до 22 недель беременности, либо рождением плода весом до 500 г. Эпидемиология: частота СА составляет 15-20% среди всех диагностированных беременностей у женщин от 15 до 44 лет, истинная частота СА приближается к 50% ввиду естественного отбора.

Классификация:

1. По стадии СА

- угрожающий СА - появление болевого синдрома различной интенсивности, возможны умеренные кровянистые выделения из половых путей без структурных изменений шейки матки;
- начавшийся СА - болевой синдром, возможны умеренные кровянистые выделения из половых путей, сопровождающиеся структурными изменениями шейки матки;
- аборт в ходу - схваткообразные боли внизу живота, выраженные кровянистые выделения из половых путей на фоне дилатации шейки матки;
- неполный СА - сопровождается частичным пассажем элементов плодного яйца из полости матки;
- полный СА - сопровождается полным выходом из полости матки плодного яйца;
- несостоявшийся СА - задержка в полости матки нежизнеспособного плодного яйца на срок 3 недели и более;
- инфицированный СА - сопровождается признаками инфицирования;
- привычный СА - эпизоды СА 2 и более раз.

2. По времени: ранний (до 12 недель беременности) и поздний (13-22 недели беременности).

Факторы риска: нарушение функции и патология яичников, коры надпочечников, воспалительные заболевания половых органов, предшествующие искусственные аборты, особенно при первой беременности, резус-конфликт, хромосомные аномалии.

Аномалии развития женских половых органов, опухоли половых органов (миома матки), экстрагенитальные заболевания, социальные факторы(тяжелый физический труд, профессиональные вредности и т.п.).

Критерии диагностики: появление до 22 недель беременности кровотечения из половых путей и схваткообразные боли внизу живота. При осмотре в зеркалах выявляют кровотечение из шейки матки. При бимануальном исследовании внутренний зев закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, размягчена, слегка болезненна.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. УЗИ матки
2. Исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ИФА - хорионический гонадотропин
2. ИФА герпес
3. ЦМВ, хламидиоз, микоплазму, уреаплазму
4. Определение 17-кетостероидов в моче, культуральное исследование из цервикального канала

Тактика лечения:

Начиная с первого триместра беременности:

Основу лечения составляет психологическая поддержка, постельный режим, исключение физической нагрузки

При явлениях отягощенного акушерского анамнеза – прогестерон 100 мг 4 раза в день или дидрогистерон 40 мг одномоментно, а затем по 10 мг каждые 8 часов, дротаверин по 1 таблетке (40 мг) 3 раза в день.

при кровянистых выделениях – этамзилат натрия по 1 таблетке 3 раза в день до их прекращения.

При выявлении урогенитальной инфекции – специфическая терапия после 12 недельного срока беременности.

При гиперандрогении – дексаметазон таблетированный (дозировка зависит от уровня 17-кетостероидов в моче).

При привычном самопроизвольном аборте показана обязательная госпитализация.

Перечень основных медикаментов:

1. *Прогестерон 100 мг капс
2. *Дротаверин 40 мг, 80 мг табл
3. Этамзилат 250 мг табл
4. *Дексаметазон 500 мкг табл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: усиление интенсивности кровотечения из половых путей; безэффективность терапии угрожающего аборта в течение 7 дней; несостоявшийся аборт; инфицированный аборт, привычный самопроизвольный аборт.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Ведение раннего выкидыша. Clinical “Green Top” Guidelines.
2. Spontaneous abortion. Medline Plus;
3. Spontaneous abortion. Latest research. www.fertilitysolution.com/spontabor.htm

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

Хронические воспалительные болезни матки

Код протокола: 13-124д

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа: купирование воспалительного процесса

Длительность лечения: 10 дней

Код МКБ: N71.1 Хронические воспалительные болезни матки

Определение: нет

Классификация: По течению:

1. Острое
2. Подострое
3. Хроническое

Факторы риска:

1. любые внутриматочные вмешательства, например введение внутриматочных спиралей,
2. операции по хирургическому прерыванию беременности;
3. несколько половых партнеров;
4. секс без барьерных методов контрацепции и во время менструации;
5. перенесенные в прошлом воспалительные заболевания женских половых органов
6. (остаётся вероятность сохранения хронического воспалительного процесса при невыявленных ранее «скрытых» инфекциях и развития дисбактериоза влагалища);
7. переохлаждение

Критерии диагностики:

Двусторонняя боль в низу живота.

- Патологические выделения из половых путей.
- Кровянистые выделения.
- Лихорадка.

Тяжесть клинических проявлений у разных больных варьирует, и заболевание может даже протекать бессимптомно.

Объективные данные

- Болезненность шейки и тела матки.
- Увеличение размеров яичника или определение tuboовариального образования и его болезненное

Лабораторные исследования:

- Определение концентрации С-реактивного белка крови (повышена).
- Общий анализ мочи (для дифференциальной диагностики).
- Общий анализ крови (увеличение СОЭ, лейкоцитоз)

Дифференциальная диагностику следует проводить со следующей патологией:

- Острый аппендицит.
- Эктопическая беременность.
- Киста яичника.
- Эндометриоз.
- Инфекция мочевых путей.

Принципы диагностики:

1. Анамнез (жалобы)

- Двусторонняя боль в низу живота.
- Патологические выделения из половых путей.
- Дисфункциональные маточные кровотечения.
- Лихорадка.

2. Объективные данные

- Болезненность шейки и тела матки.

- Увеличение размеров яичника или определение tuboовариального образования и его болезненное
- При развитии перигепатита в верхней части живота справа определяют болезненность.
- Слизисто-гнойные выделения из половых путей.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Гистероскопия
2. Определение концентрации С-реактивного белка крови (повышена)
3. Общий анализ мочи
4. Определение ХГЧ
5. Исследования на хламидийную и гонорейную инфекции
6. Мазок по Папаниколау
7. Мазок на степень чистоты
8. Общий анализ крови
9. БАК посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам
10. 3-х часовая термометрия
11. Лапароскопия
12. УЗИ органов малого таза

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ЭКГ
2. Коагулограмма
3. Биохимия крови

Тактика лечения:

Правильное ведение больных с ВЗОМТ требует обследования и лечения их половых партнеров, половой контакт с которыми состоялся в течение 60 дней, предшествующих заболеванию;

1. Антибактериальная терапия.

Используются антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности к антибиотикам.

Цефалоспорины 3-4 поколения в сочетании с тетрациклинами широкого спектра действия или макролидами и метронидазолом.

Альтернативные препараты: фторхинолоны в сочетании с метронидазолом и тетрациклинами широкого спектра действия.

Парентеральное введение применяется до клинического улучшения и продолжается еще в течение 48 часов, затем переводится на пероральный прием (раствор Рингера, физиологический раствор, гемодез).

Длительность не менее 7 суток, при тяжелых формах до 14 суток.

2. Десенсибилизирующая терапия.

3. Инфузионная терапия.

4. Профилактика и лечение микозов.

5. ВМС следует удалить.

6. Всех половых партнёров пациентки необходимо обследовать и при необходимости назначить лечение.

1. Метамизол натрия, амп

2. *Метронидазол, фл 100мл

3. Метронидазол, тб

4. *Итраконазол оральный раствор 150 мл - 10 мг\мл, по 20 мл 1 р\сут в течение 7 дней,

5. *Итраконазол капс 100 мг по 2 капс 1 р\сут в течение 7 дней

6 *Декстран, мол.масса около 35000, р-р д/инфуз фл 200мл

7. Кристаллоидные растворы флакон 400 мл

8. Декстроза, р-р д/и 5% фл 400мл

9. *Флуконазол, капс 150мг

10. *Доксициклин по 150 мг 1 раз в сутки или по 100 мг 2 раза в сутки внутрь в течение не менее 10 дней.
 11. *Норфлоксацин 800 мг или ципрофлоксацина 500 мг однократно,
 12. Клиндамицина 600 мг каждые 8 ч.
- Начинают с комбинации цефалексина по 500 мг и метронидазола по 400 мг 3 раза в сутки.
13. *Итраконазол капс 100 мг по 2 капс 1 р/сут 3 дня
 14. Гиосцин бутилбромид (драже 10 мг Раствор для инъекций: 1 мл в ампулах)

Перечень основных медикаментов:

1. Метамизол натрия, амп
2. *Метронидазол 100мл, фл
3. Метронидазол 250 мг табл
4. *Итраконазол оральный раствор 150 мл - 10 мг\мл,
5. *Итраконазол 100 мг капс
6. Декстран, мол.масса около 35000, р-р д/инфуз фл 200мл
7. *Декстроза раствор д/и 5% 400мл фл
8. *Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
9. *Флуконазол 150мг, капс
10. *Доксициклин 100 мг капс
11. Ципрофлоксацин 500 мг табл
12. Клиндамицин 150 мг, 300 мг капс
13. Цефалексин 500 мг табл
14. Метронидазол 100 мг табл
15. Гиосцин бутилбромид 10 мг драже, раствор для инъекций: 1 мл в ампулах

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры

Нормализация менструального цикла

Нормализация лабораторных показателей, вагинальных данных.

Показания для госпитализации: выраженная лихорадочная реакция, tuboовариальный абсцесс

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Lower abdominal pain of gynaecological origin EBM Guidelines. 11.6.2004
2. Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guidelines for the management of pelvic infection and perihepatitis. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002. Various p.
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.

Эндометриоз

Код протокола: 13-124э

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП

Цель этапа:

достижение клинической ремиссии.
уменьшение болевого синдрома;
восстановление менструальной функции;
уменьшение размера эндометриoidных очагов.

Длительность лечения: до 6 месяцев.

Код МКБ: N80 Эндометриоз

Определение: Эндометриоз — патологический процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию.

Классификация:

I. По локализации патологического процесса:

1. Экстрагенитальный эндометриоз (кишечника, сальника, мочевого пузыря, почек, послеоперационного рубца, пупка, легких).

2. Генитальный эндометриоз:

А. Внутренний (эндометриоз тела матки (в т.ч.аденомиоз), эндометриоз интрамурального отдела маточных труб);

Б. Наружный (эндометриоз яичников, ретроцервикальный влагалищный эндометриоз, маточных труб, влагалищной части шейки матки, круглых связок матки, наружных половых органов, промежности).

II. По выраженности клинических проявлений:

1. Бессимптомный эндометриоз;

2. С клиническими проявлениями:

- болевой синдром различной степени выраженности, в зависимости от менструального цикла;

- нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи, альгодисменореи, наличия пред- и постменструальных кровянистых выделений;

- бесплодие - 46-50%

Факторы риска: Гормональные нарушения, транслокация эндометрия из полости матки, иммунологические нарушения, метаплазия эндометрия, генетическая патология.

Критерии диагностики:

Альгодисменорея.

Длительные мажущие выделения до и после менструации.

Кровотечение.

по УЗИ – структурные изменения в миометрии, яичниках.

кольпоскопия – наличие эндометриoidных очагов.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Вагинальное исследование (на 5-7 и 18-22 д.м.ц.)

2. УЗИ органов малого таза (на 5-7 и 18-22 д.м.ц.)

3. Кольпоскопия (на 5-7 и 18-22 д.м.ц.)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: МСГ по показаниям.

Тактика лечения:

Лечение продолжают до уменьшения выраженности симптомов (чаще в течение 6 мес).

Для уменьшения боли наиболее эффективно применение прогестинов и андрогенов.

Лечение определяет гинеколог. Назначают:

Медروксипрогестерон по 5 мг 1-2 раза в сутки.

Даназол по 400-800 мг/сут.

Агонисты гонадолиберина (бусерелин, нафарелин, гозерелин) ингибируют функции яичников и уменьшают выраженность симптоматики. Среди побочных эффектов отмечают менопаузальные симптомы и преходящий остеопороз.

Лечение необходимо проводить под наблюдением гинеколога. Дозы подбирают индивидуально, например бусерелин по 200-400 мкг/сут (до 800 мкг/сут) интраназально в течение 3-6 мес (не более).

Побочные эффекты можно лечить заместительной гормональной терапией.

Можно назначить пероральные контрацептивы.

НПВС также уменьшают выраженность проявлений заболевания.

Хирургическое лечение обычно показано при угрозе бесплодия или для его лечения.

При распространённых формах эндометриоза - удаление яичников (или матки).

Перечень основных медикаментов:

1. *Медроксипрогестерона ацетат суспензия для инъекций 150 мг/мл во флаконе 1 мл
2. Даназол 100 мг, 200 мг, табл
3. Бусерелин 500 мкг, амп
4. КОК с высоким содержанием гестогенов.

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- для уточнения диагноза и проведения инвазивных диагностических методов (раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки, гистероскопия, лапароскопия);
- проведения хирургического лечения (эндометриоз яичников, послеоперационных рубцов, ретроцервикальный эндометриоз, непереносимость гормональных препаратов, сочетание эндометриоза с другими гинекологическими заболеваниями);
- отсутствие клинической ремиссии в течение 6 месяцев;
- бесплодие.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. PRODIGY Guidance – Endometriosis, Last revised in February 2003
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of endometriosis. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 1999 Dec. 14 p. (ACOG practice bulletin; no. 11).
3. Endometriosis EBM Guidelines 7.12.2004 Author: Päivi Härkki Article ID: ebm00545 (025.042) © 2005 Duodecim Medical Publications Ltd
4. Сметник В.П., Тумилович Г.Д. Неотложная гинекология, 2003.

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

Ангина

Код протокола: 03-035е

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Устранение болей в горле и нормализация температуры тела, улучшение общего состояния, выздоровление.

Длительность лечения: 3 - 5 дней.

Коды МКБ: 03 Острый тонзиллит.

03.9 Острый тонзиллит, неуточненный

Определение: **Острый тонзиллит (ангина)** – это инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего небных миндалин, вызываемое стрептококками (β -гемолитический стрептококк гр. А) или стафилококками (золотистый стафилококк), реже другими микроорганизмами. (аденовирусы чаще у детей, палочки, спирохеты, грибы).

В мировой отоларингологической практике (особенно в Европе) используется определение хронического тонзиллита с дополнениями, которые объясняют клиническую особенность его течения, как, например, возвратный или рецидивирующий, тонзиллит, рассматривающийся как проявление иммунодефицитного состояния.

Классификация:

Острые

1. Первичные: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенное - пленчатая.
2. Вторичные:
 - а) при острых инфекционных заболеваниях - дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе;
 - б) при заболеваниях системы крови - инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, лейкозах, алиментарное - токсической алейкии.

Хронические

1. Неспецифические:
 - а) компенсированная
 - б) некомпенсированная
2. Специфические:

при инфекционных гранулемах - туберкулезе, сифилисе.

Факторы риска: переохлаждение, ОРЗ, ОРВИ, грибковые заболевания в анамнезе хр. тонзиллит, и другие хр. заболевания носоглотки, аденоиды, при которых нарушается носовое дыхание, гнойные воспалительные процессы полости носа и придаточных пазух (гайморит), кариес зубов. Снижения иммунитета, систематическое попадание различных раздражающих веществ (дым, пыль, алкоголь), общее и местное, интоксикация, нерациональное питание, неблагоприятные условия быта и труда.

Критерии диагностики: Обязательный симптом первичных ангин – появление болезненного регионарного лимфаденита: увеличиваются лимфатические узлы, расположенные впереди кивательной мышцы на уровне угла нижней челюсти (тонзиллярные, ангулярные), при пальпации они легко смещаются.

Фарингоскопические изменения обнаруживаются в лимфаденоидной ткани глотки, воспалительные проявления бывают выражены обычно в небных миндалинах. При катаральной ангине отмечаются легкий отек и гиперемия слизистой оболочки, покрывающей медиальную поверхность миндалин, устья лакун при этом немного суживаются. При фолликулярной ангине на фоне гиперемии и отека слизистой оболочкой миндалин сквозь эпителий просвечивают отдельные правильной формы точечные желтоватые образования, представляющие собой нагноившиеся фолликулы размером не более булавочной головки. При лакунарной ангине на фоне выраженной гиперемии слизистой оболочкой в устье всех лакун видны неправильной формы желтоватые фибринозно-гнойные

наложения (налеты), легко снимающиеся пинцетом. При аккуратном удалении налетов подлежащая поверхность не кровоточит.

Диагностика основывается на данных анамнеза и объективном исследовании. Боль в горле, высокая температура, общее недомогание, интоксикация, увеличение подчелюстных л/узлов.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Сбор анамнеза (контакт с больными, в анамнезе хр.тонзиллит)
2. Объективный исследования: общее состояние больного, осмотр зева и др.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Мазок из зева с диагностической целью.

Тактика лечения:

В первые дни заболевания необходимо соблюдать постельный режим. Диета легкоусвояемая, не раздражающая, молочно - растительная. Для дезинтоксикации рекомендуется обильное питье: теплый сладкий чай с лимоном, ягодными сиропами, подогретые фруктовые соки, минеральные воды.

Обезболивающие и противовоспалительные препараты (парацетамол 500 мг в таблетках или сироп 2,4% 2-3 раза в день, ибупрофен 0,2 г 3-4 раза в день коротким курсом) Антибиотики группы пенициллина являются препаратами выбора при инфекциях вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А. Внутрь назначают ампициллин 500мг 2-3 раза в день, в течение 7 дней. Препаратом выбора также является эритромицин по 500мг 2-3 раз в день, внутрь. В случаях аллергии на препараты пенициллинового ряда назначают антибиотики группы цефалоспоринов: цефалексин по 750 мг 2 раза в день в течение 7- дней. Гипосенсибилизирующая терапия: кетотифен 0,5-1мг капсулы или таблетки 2 раза в день, сублингвальные таблетки: фарингосепт, полоскания (отвары трав, растворы антисептиков, растворы фурациллина, хлорида натрия в теплом виде).

Перечень основных медикаментов:

1. **Парацетамол сироп 2,4% во флаконе; суспензия; суппозитории 80 мг
 2. *Ибупрофен 0,2 г, табл
 3. *Ампициллин 500мг, табл
 4. *Эритромицин 500мг, табл
 5. **Цефалексин суспензия для приема внутрь 125 мг; 250 мг/5 мл
 6. Раствор фурациллина, фарингосепт
- Вяжущие средства (зверобой, шалфей отвары для полоскания)

Перечень дополнительных медикаментов:

1. **Бензатин бензилпенициллин порошок для приготовления суспензии для инъекции во флаконе 1 200 000ЕД, 2 400 000 ЕД
2. *Амоксициллин+клавулоновая кислота 625 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап:

В ранние сроки: ухудшение состояния, нарастание симптомов интоксикации, высокая температура тела, лихорадка, наличие клиники паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса или генерализации процесса - сепсис, латерофарингеальный абсцесс, тонзиллогенный медиастинит, инфекционно- токсический шок. В поздние сроки (2-4 недели) ревматизм (с поражением суставов, сердца, ЦНС) гломерулонефрит вплоть до ХПН.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

- 1.Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance-Sore Throat Acute. 2004.
- 2.Institute For Clinical System Improvement. Health Care Guideline. Acute Pharyngitis. May 2005.
- 3.EBM Guideline. Sore Throat and Tonsillitis. 2004.
- 4.National Guideline Clearinghouse. Guideline. Sore Throat and Tonsillitis. December 2005.
5. National Guideline Clearinghouse. Guideline. Acute Pharyngitis. December 2005.
- 6.Scottish Intercollegiate Guidelines Network. National Clinical Guideline. Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. January 1999.
- 7.Alberta Medical Association. Guideline. The Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis.

November 2001.

8.American Society of Infection Diseases. A Practice Guideline. Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis.1997.

9.University of Michigan Health System. Guidelines for Clinical Care. Pharyngitis. December 2000.

10.Advisory Committee. Guidelines & Protocols. Diagnosis and Management of Sore Throat. 2003.

11. American Society of Infection Diseases. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis.2002.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Артропатии

Код протокола: 08-089

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: клиническое выздоровление, улучшение общего состояния, уменьшение боли и восстановление движения в суставах.

Длительность лечения: 7-10 дней (в зависимости от активности процесса)

Коды МКБ: M00 – M03 – инфекционные артропатии (РЛ)

M05 – M14 - воспалительные полиартропатии (РА, подагра и др.)

M15 – M19 – артрозы (ОА и др.)

Определение: Артропатия - это вторичное поражение суставов на фоне различных патологических процессов. Может быть как воспалительного (артриты), так и дегенеративно-дистрофического характера (артрозы).

Классификация:

1. Заболевания суставов при диффузных поражениях соединительной ткани (коллагенозы).
2. Дистрофически-дегенеративные поражения хрящей суставов (деформирующий остеоартроз).
3. Острые, нередко рецидивирующие реактивные полиартриты (при неспецифических инфекциях - стрептококковая, иерсиниозная, хламидийная и др.)
4. Специфические инфекционные артриты (туберкулез, сифилис, гонорея).
5. Воспалительно–дегенеративные поражения структур сустава – отложения микрорекристаллов (обменные микрорекристаллические артропатии).

Факторы риска:

1. Инфекция: вирусы, бактериальные суперагенты, токсины в т.ч. компоненты табака, аллергены.
2. Чрезмерная нагрузка на суставы (микротравматизация), тяжелый физический труд.
3. Генетическая предрасположенность, особенно у кровных родственников.
4. Злоупотребление алкоголем и мясными продуктами, высокая калорийность пищи.
5. Нарушение метаболизма.

Критерии диагностики:

- суставные проявления (боль в суставе в покое и при движении, припухлость, деформация)
- внесуставные поражения: лихорадка, астенизация, интоксикация, кольцевая эритема, подкожные ревматические узелки и др.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Сбор анамнеза (наличие в анамнезе факторов риска)
2. Объективное обследование (состояние больного, степень активности процесса, течение и т.д.)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

Тактика лечения:

- Прекращение курения — курение может играть роль в развитии и прогрессировании болезни.
- Соблюдение сбалансированной диеты, включающей пищу с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, например рыбьего жира, кальция и витаминов, особенно витамина D (снижение риска остеопороза) и фолиевой кислоты (снижение уровня гомоцистеина в сыворотке).
- Поддержание идеальной массы тела.

Медикаментозная терапия.

Нестероидные противовоспалительные производные пропионовой кислоты: ибупрофен в таблетках 200мг, 400мг - 2-3 раз день или курсами 2-3недели по 1 таблетке на ночь.

Местное лечение: мази и гели для наружного применения индометациновая, диклофенак, хондроитин сульфат 3-4 раза в день на пораженные суставы.

Перечень основных медикаментов:

1. *Ибупрофен 200мг, 400мг, табл.
2. Индометациновая мазь
3. *Диклофенак, мазь
4. Хондроитин сульфат, мазь

Перечень дополнительных медикаментов:

Назначаются после дополнительных лабораторных и функциональных исследований.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Перевод на стационарный этап лечения: при выраженном суставном воспалительном процессе, рецидивирующем течении, развитии осложнений.

Литература, использованная при подготовке протоколов.

1. Клинические рекомендации.2004г.
2. Клинические рекомендации для практикующих врачей.2002г.
3. Management of early rheumatoid arthritis. National clinical guideline Scottish Intercollegiate Guidelines Network December2000
4. Clinical practice guideline for the management of rheumatoid arthritis Spanish society of Rheumatology. 2001
5. Внутренняя медицина, Шулутко Б.И. РЕНКОР, 1999г
6. Справочник фельдшера, Ростов-на-Дону, 2001г.

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

Гастроэнтерит

Код протокола: 06-0706

Профиль: терапевтический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Постановка диагноза, дезинтоксикация, регидратация.

Длительность лечения: 1-3 дня

Коды МКБ

A04.5 Энтерит вызванный *Campylobacter*

A04.6 Энтерит вызванный *Yersinia*

Определение:

Гастроэнтерит характеризуется частым стулом и часто сопровождается одним или несколькими симптомами: тошнота, рвота, температура, анорексия, колики, боли и тяжесть в эпигастрии и вокруг пупка, метеоризм или вздутие живота [Dolby Payne and Elliott, 2003] (1). Болевому синдрому сопутствуют тошнота и рвота. Рвота приносит облегчение, в тяжелых случаях становится неукротимой, возникает после каждого приема жидкости. При пальпации эпигастрия резкая болезненность.

Энтерит- воспаление тонкого кишечника, делится на острый и хронический. Проявляется урчанием и «переливанием» в животе, нередко слышными на расстоянии, периодическими болями по всему животу или в области пупка, императивными позывами на дефекацию, обильным жидким стулом.

Диарея определяется наличием частого жидкого или водянистого стула по крайней мере около 3 раз в течении 24 часов [WHO 1993, De Bruyn, 2002]. Характер стула зависит от локализации патологического процесса: еюниту свойственен стул 1-3 раза в день, кашицеобразной консистенции, типичны полифекалия, стеаторея-так называемая жирная диарея. При илеите стул 6-8 раз, водянистый пенистый содержит повышенное количество желчных кислот - «желчная диарея». При тяжелых случаях испражнения могут иметь вид полупрозрачной белесоватой мутной жидкости с хлопьевидными или отрубевидными взвешенными частицами, которые после отстоя образуют осадок. При пальпации живота отмечается урчание, «шум плеска». Довольно тягостным для больных симптомом является метеоризм, иногда сопровождающийся одышкой, экстрасистолией, болями в сердце. Причиной спорадических случаев диареи у взрослых являются микроорганизмы родов *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli*, *Yersinia*, простейшие, вирусы. Более чем в половине случаев причину диареи установить не удастся. У путешественников, переболевших диареей, по возвращении на родину почти в 50%, случаев высеваются бактерии, в частности энтеротоксические и энтеропатогенные штаммы *E.Coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Vibrato*s, *Yersinia*, *Aeromonas*.|

Факторы риска:

Нарушение режима питания, неудовлетворительные санитарно- бытовые условия, частые кишечные инфекции, дисбактериоз, нерациональное применение антибиотиков и др. лекарственных средств, алкоголизм, пищевая аллергия, отравления некоторыми химическими соединениями - свинец, ртуть, фосфор, мышьяк и др.

Критерии диагностики: частый жидкий стул, увеличение объема стула более 200 мл, слабость, недомогание, боли в эпигастрии, тошнота, рвота.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Сбор анамнеза
2. Объективное обследование

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Регидратационная терапия:

Обезвоживание легкой степени тяжести (менее чем 5%) часто лечится на первичном уровне.

Оральная регидратационная терапия должна использоваться во всех случаях. Употребление сладких напитков, таких как лимонад, кола и т.д является ошибочным, так как приводит к

осмотической диарее. Так как они содержат низкие концентрации электролитов и являются гипертоническими растворами из-за высокого содержания углеводов. Взрослые должны получать 2 литра оральной регидратационной терапии в первые 24 часа с последующим неограниченным количеством жидкости по 200 мл на каждый стул или рвоту. Для борьбы с обезвоживанием применяют водный раствор, содержащий поваренную соль и сахар в определенных пропорциях соли для приготовления пероральных препаратов в порошках 3 раза в день. Смектит – 3 пакетика в сутки, растворяя содержимое в 1/2 стакана воды.

Антибиотики должны назначаться при тяжелых симптомах; при риске развития тяжелых нарушений; для лиц, с хроническими сопутствующими заболеваниями (диабет и т.д.), для которых случай инфекционной диареи может быть опасным.

Препаратом выбора является ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день в течение 3 дней.

Перечень основных медикаментов:

1. *Панкреатин таблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД
2. *Смектит порошок для приготовления суспензии для приема внутрь
3. *0,9 % натрия хлорида для инфузии
4. *Соли для приготовления пероральных глюкозно-электролитных растворов, порошок внутрь
5. *5% глюкоза 200-400 мл для инфузии

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Ципрофлоксацин 500 мг, табл

Критерии перевода на следующий этап:

При неэффективности лечения необходимо направление к врачу для диагностики гастроэнтерита и дальнейшего лечения.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Prodigy guidance/Management of acute infective gastroenteritis. October 2003.
2. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3 за 2004 год.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, 2002
4. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea, IDSA guidelines. 2001.
5. Diarrhea in adults (acute).Clinical evidence, 2004.
6. Внутренняя медицина. Руководство для врачей. В.И.Шулутко
7. Справочник фельдшера Ростов –на –Дону 2000

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

Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения

Код протокола: 18-147п

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа:

1. Дезинтоксикация.
2. Регидратация.
3. Обеспечение ремиссии
4. Профилактика осложнений

Длительность лечения: 1- 3 дня

Коды МКБ:

A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного характера.

A02 Другие сальмонеллезные инфекции.

A03 Шигеллез.

A08 Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции.

A05 Другие бактериальные пищевые отравления.

Определение: Диарея – частый жидкий стул или водянистый стул 3 и более раз в течение 24 часов с объемом стула, превышающим 200 мл/сутки.

Инфекционный гастроэнтерит – частый жидкий стул в сочетании с одним или несколькими симптомами: тошнота, рвота, повышение температуры тела, анорексия, боли (колики) в животе, урчание или вздутие живота. Продолжительность острого периода до 14 дней.

Классификация: нет

Факторы риска: Salmonella, Shigella, Escherichia coli, Vibrio cholerae, Yersinia, Campilobacter, Rotavirus and etc., Lamblia intestinalis.

Критерии диагностики:

1. Клинические симптомы инфекционной диареи:
 - внезапное острое начало диареи;
 - лихорадка;
 - тошнота, рвота;
 - боли в животе;
 - звонкие и короткие кишечные шумы;
 - характер испражнений
2. Оценка клинических проявлений инфекционной диареи:
 - общее состояние (частота стула и рвоты, выраженность тошноты, высота лихорадки, выраженность болей в животе);
 - степень обезвоживания (состояние слизистой языка, окраска и тургор кожи, степень плотности глазных яблок, тембр голоса, выраженность жажды, снижение диуреза);
 - частота и характер пульса;
 - высота артериального давления;
 - пальпация живота, аускультация кишечных шумов (исключение неотложной хирургической ситуации: острый аппендицит, кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Сбор анамнеза (характер стула, рвоты, кратность)
2. Объективное обследование (состояние больного, степень обезвоживания)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения: Оральная регидратация 2 литрами регидратационной жидкости в течение первых 24 часов. В последующие сутки по 200 мл после каждого очередного стула или рвоты

При выраженных симптомах заболевания (если диарея, сопровождается лихорадкой, не купируется в течение 6-24 ч.) показана антибактериальная терапия: ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день в течение 5 суток.

Противорвотные только при сохраняющейся тошноте и тяжелой неукротимой рвоте: метаклопромид 10 мг в/м или 1 т (10 мг).

Избегать назначения препаратов, подавляющих перистальтику кишечника (лоперамид), ввиду развития тяжелого колита, токсической дилатации толстого кишечника (мегаколон), бактериального обсеменения тонкого кишечника

Перечень основных медикаментов:

1. **Оральная регидратационная соль для приготовления глюкозо-электролитного раствора (пакеты, порошок)
2. **Сульфаметоксазол+триметоприм 120 мг, табл, сироп 240 мг/5мл
3. Фурамаг 50 мг, капс

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Смектит, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь
2. *Дротаверин 40 мг, табл
3. *Панкреатин, таблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Неэффективность лечения (сохраняющаяся рвота; продолжающаяся более 24 ч. лихорадка; нарастание степени обезвоживания).

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Prodigy guidance\management of acute infective gastroenteritis October2003
2. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea IDSA guidelines 2001
3. Diarrhoea in adults, Clinical evidens 2004
4. Доказательная медицина. Ежегодный справочник.2004г.
5. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине.2002г.
6. Справочник фельдшера Ростов-на –Дону 2001г.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Ожирение

Код протокола: 23-304

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: выявление ожирения, направление пациента к врачу для установления этиологии ожирения и диагностики заболеваний, ассоциированных с ожирением, контроль за выполнением назначений врача, динамикой массы тела, санитарно-просветительская работа среди населения о здоровом образе жизни.

Длительность лечения: пожизненная, осмотр не менее 1 раза в 3 месяца

Коды МКБ:

E66 Ожирение

E66.0 Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов

E66.1 Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств

E66.2 Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией

E66.8 Другие формы ожирения

E66.9 Ожирение неуточненное

Определение: Ожирение представляет собой хроническое состояние, характеризующееся избыточным накоплением жира.

Классификация:

Наиболее распространенные формы ожирения (по этиологии): экзогенно-конституциональное, гипоталамическое, эндокринные формы (при болезни и синдроме Иценко-Кушинга, гипотиреозе, гипогонадизме, поликистозе яичников и т.д.).

По преимущественному отложению подкожно-жировой клетчатки: верхний тип (кушингоидное), абдоминальное (еще называют: андроидное, центральное, висцеральное, по типу «яблока»), нижний тип (гиноидное, по типу «груши»).

Факторы риска:

-генетическая предрасположенность

-гиподинамия

-нерациональное питание (употребление большого количества жиров и легкоусвояемых углеводов)

-применение некоторых лекарственных препаратов (кортикостероидные препараты и др.)

-нейроэндокринные заболевания (при болезни и синдроме Иценко-Кушинга, гипотиреозе, гипогонадизме, поликистозе яичников и т.д.)

Критерии диагностики:

1. Для установления ожирения используется показатель – индекс массы тела (ИМТ).

ИМТ = масса тела (выраженная в кг), разделенная на рост (выраженный в метрах), возведенный в квадрат

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (в кг)} / \text{рост}^2 \text{ (в м)}$$

Определение ИМТ используется у лиц от 18 до 65 лет. У детей и подростков для определения соответствия роста и массы тела возрасту используют специальные перцентильные таблицы. ИМТ не рассчитывается у беременных, кормящих матерей, лиц с сильно развитой мускулатурой (например, атлетов и др.)

Массу тела определяют с помощью медицинских весов предпочтительно утром до завтрака. Рост измеряют специальным ростомером, пациент должен быть без обуви, пятки должны быть прижаты к стенке.

ИМТ от 25 до 29 – избыток массы тела

ИМТ более 30 – ожирение

2. Важно измерять коэффициент соотношения талии и бедер. Для его измерения объем талии (ОТ – середина между последними ребрами и верхушкой таза, по верхнему переднему гребню подвздошной кости) делится на объем бедер (ОБ – самая широкая часть окружности бедер над большими вертелами). ОТ и ОБ измеряется сантиметровой лентой.

В норме индекс ОТ/ОБ: у женщин должен быть менее 0,85, у мужчин - менее 0,95. Если

индекс ОТ/ОБ превышает указанные нормы – у больного висцеральное (еще называют: андроидное, центральное, абдоминальное, по типу «яблока»). Оно проявляется увеличением отложения жировой клетчатки в области живота и является наиболее опасной формой ожирения, так как обуславливает прогрессирование развития атеросклероза, что ведет к возникновению ИБС, артериальной гипертензии, сахарного диабета, повышает риск смертности от инфаркта миокарда и инсульта.

3. После выявления ожирения необходимо направить пациента к врачу (терапевту, по показаниям – к невропатологу и эндокринологу) для установления этиологии ожирения, определение показателей липидного обмена, выявление заболеваний, ассоциированных с ожирением. Для этого в условиях поликлиники проводится обследование, включающее: определение в крови уровня триглицеридов, общего холестерина, ЛПВП, гликемии натощак и после нагрузки (пероральный тест на толерантность к глюкозе), по показаниям – КТ или МРТ головного мозга, УЗИ и КТ надпочечников, УЗИ органов малого таза, определение уровня гормонов в крови (кортизола, ТТГ, ФСГ, ЛГ, эстрогенов, тестостерона).

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Измерение роста, массы тела больного, определение ИМТ
2. Измерение ОТ и ОБ, определение индекса ОТ/ОБ
3. Измерение артериального давления

Медицинский персонал ФАП должен:

- оценивать вес своих пациентов, при выявлении избытка массы тела или ожирения направлять на обследование и консультацию врача
- проводить контроль массы тела в динамике, правильность выполнения рекомендаций врача
- оказывать постоянную поддержку и наблюдать за пациентами, что помогает успешному снижению их веса
- поощрять медленное, но постепенное снижение массы тела, посредством изменения привычки питания, физических нагрузок
- подчеркивать важность здорового питания для поддержания веса после удовлетворительного его снижения до желательного уровня
- просвещать население относительно ожирения как риска для здоровья, давать рекомендации по здоровому образу жизни.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Определяется врачом. При выявлении в качестве причины ожирения эндокринной или неврологической патологии – лечение основного заболевания. Препараты для лечения ожирения (орлистат, сибутрамин, рибонамант и др.) или хирургические методы лечения ожирения назначаются врачом.

При всех формах ожирения рекомендуется:

1. Изменение образа жизни:
 - активный двигательный режим
 - снижение калорийности рациона: резко сократить употребление жирного, сладкого, мучных и зерновых блюд, картофеля; увеличить употребление овощей, фруктов, нежирных молочных блюд
 - питание должно быть дробное: частое, малыми порциями (5-6 раз в день)
 - самоконтроль – пациента надо научить оценивать состав и количество принимаемой пищи, динамику массы тела (взвешивание 1 раз в месяц)
2. Обучение пациента:
 - необходимо добиться формирования у пациента мотивации к снижению массы тела, больной должен знать о последствиях заболевания при отсутствии его лечения
 - изменение образа жизни должны носить не временный, а стойкий характер
 - научить пациента правильному питанию (определить обстоятельства, при которых пациент обычно начинает прием пищи, уменьшить количество «искушений» – пища не

должна попадаться на глаза, во время еды не следует заниматься чем-то еще – например, смотреть телевизор, читать и т.д., пищу необходимо принимать не спеша).

Перечень основных медикаментов: При заболеваниях, ассоциированных с ожирением (ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инфаркт миокарда, инсульт и т.д.) – помощь по соответствующему протоколу

Перечень дополнительных медикаментов: При заболеваниях, ассоциированных с ожирением (ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инфаркт миокарда, инсульт и т.д.) – помощь по соответствующему протоколу

Критерии перевода на следующий этап:

Пациент должен быть направлен на консультацию врача:

1. При впервые выявленном ожирении для установления этиологии ожирения и выявления заболеваний, ассоциированных с ожирением
2. При появлении подозрений на присоединение заболеваний, ассоциированных с ожирением (ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инфаркт миокарда, инсульт и т.д.)
3. При отсутствии положительной динамики массы тела у пациентов, получающих лечение
4. При резком снижении массы тела у пациентов с ожирением и без него (более 3 кг в месяц и ИМТ менее 18,5)

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Выпуск 1. 2002
2. Health care. Institute for clinical systems improvement. Prevention and management of management of Obesity. 2004.
3. Treatment of obesity. EBM guidelines. 2004
4. Obesity Clinical Evidence. 2004
5. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, 2002
6. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, метаболического синдрома. Б.Р. Базарбекова, М.Е. Зельцер, Т.Ф. Косенко, Ш.С. Абубакирова. Астана, 2005

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

ОРВИ, ОРЗ, ринит, назофарингит

Код протокола: 04-0356

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: уменьшить выраженность симптомов; предотвратить развитие гнойных и негнойных осложнений при бактериальной инфекции, сведя к минимуму частоту развития побочных эффектов лечения.

Длительность лечения: ОРВИ - в среднем 6- 8 дней. ОРЗ – 3- 5 дней. Ринит – 5-7 дней. Назофарингит – 5- 7 дней (в зависимости от формы, тяжести и осложнений).

Коды МКБ:

J10 Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа

J11 Грипп, вирус не идентифицирован

J06 Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации

J00 Острый назофарингит (насморк)

J06.8 Другие острые инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации

J04 Острый ларингит и трахеит

Определение:

ОРВИ - инфекционные заболевания верхних дыхательных путей вызванные вирусами характеризуются воспалением слизистой оболочки, которое может распространяться от полости носа до нижних отделов дыхательной системы, за исключением альвеол. Помимо общего недомогания, возникают и местные симптомы, характерный для различных синдромов: боль в горле (фарингит), насморк (типичная простуда), заложенность носа, чувство давления и боль в области лица (синусит), кашель (бронхит). К возбудителям этих заболеваний относятся вирусы более 200 видов (включая 100 разновидностей риновирусов) и бактерии нескольких видов.

ОРЗ - острое респираторное заболевание.

Ринит- воспаление слизистой оболочки носа.

Острый ринит - острое катаральное воспаление слизистой оболочки носа, сопровождающееся чиханием, слезотечением и обильной секрецией водянистой слизи, обычно вызываемое вирусом. Аллергический ринит – ринит, связанный с сенной лихорадкой (поллинозом). Атрофический ринит – хронический ринит с истончением слизистой оболочки носа, часто сопровождается образованием корок и дурно пахнущими выделениями. Казеозный ринит – хронический ринит, характеризующийся заполнением полостей носа дурно пахнущей, похожей на сыр, субстанцией. Эозинофильный неаллергический ринит – гиперплазия слизистой оболочки носа с повышенным содержанием эозинофилов, не связанная контактом со специфическим аллергеном. Гипертрофический ринит – хронический ринит с гипертрофией слизистой оболочки. Пленчатый ринит – Хроническое воспаление слизистой оболочки носа, сопровождаемое образованием фибринозных корок. Гнойный ринит – хронический ринит с обильным гнойным отделяемым. Вазомоторный ринит – набухание слизистой оболочки носа без инфицирования или аллергии.

Назофарингит – воспаление слизистой оболочки области хоан и верхнего отдела глотки. Неприятные ощущения в носоглотке (жжение, покалывание, сухость), головная в затылке, затрудненное носовое дыхание, гнусавость, скопление слизистого отделяемого, которое иногда приобретает кровянистый вид и трудно отходит из носоглотки. У взрослых назофарингит протекает без повышения температуры тела. Делится на острый, хронический и неспецифический назофарингиты (при дифтерии, менингите). Необходимы исследования на дифтерийную палочку и стафилококки (мазок из зева и носа).

Классификация:

ОРВИ

1. По этиологии чаще других возбудителей аденовирусы, респираторно - синцитиальные

вирусы, риновирусы, коронавирусы, вирус гриппа, парагриппа.

2. По особенностям поражений органов и осложнений (отит, ларингит, пневмония, менингит и т.д.).

3. По тяжести состояния больного.

ОРЗ делятся на две группы: вирусную и бактериально-смешанной этиологии.

1 группа - ОРВИ.

2 группа - Бактериальные и вторичные вирусно-бактериальные воспаления верхних дыхательных путей

Факторы риска:

Переохлаждение, курение, контакт с больными, наличие остро заболевших в ближайшем окружении (на работе, дома) эпидемия гриппа и других вирусов, преимущественно осенне-зимняя сезонность, неблагоприятные жилищные условия (скученность, антисанитария и т.д.) воздействие неблагоприятных метеофакторов, пыли, газов, пыльцы различных растений, застойная гиперемия слизистой оболочки полости носа при алкоголизме, хронические заболевания сердца, сосудов, почек.

Для ОРЗ: 1. наличие очагов хронической инфекции (тонзиллит, ринофарингит, бронхит)

2. простудные факторы (охлаждения, сквозняки, промокшая обувь, одежда).

Для вазомоторного ринита: измененная реактивность организма, функциональные сдвиги в эндокринной, ЦНС и вегетативной нервной системе.

Критерии диагностики:

Признаки острого инфекционного поражения преимущественно верхних и, в меньшей степени, нижних дыхательных путей при отсутствии синдрома уплотнения легочной паренхимы и лейкоцитоза в периферической крови.

Грипп

- характерный эпиданамнез;
- острое внезапное начало;
- преобладание признаков генерализованного инфекционного процесса (высокая лихорадка, выраженная интоксикация) при относительно меньшей выраженности катарального синдрома;
- жалобы на выраженные головные боли, особенно в лобно-височной области, надбровных дугах, ретроорбитальные боли, интенсивные мышечные боли в спине, конечностях, потливость;
- в катаральном синдроме преимущественные признаки ринита, трахеита (заложенность носа, покашливание), «вирусный зев»;
- быстрая эволюция катарального синдрома от вирусной фазы (блокада носового дыхания, сухой кашель, гиперемия и мелкая зернистость слизистой оболочки зева) к вирусно-бактериальной.

Парагрипп:

- установление групповой заболеваемости, эпидемического очага;
- инкубация чаще составляет 2-4 дня;
- сезонность - конец зимы, начало весны;
- начало болезни может быть постепенным;
- течение вялое, у взрослых нетяжелое с относительно большей общей продолжительностью болезни;
- температурная реакция чаще не превышает 38°C
- проявления интоксикации выражены слабо;
- катаральный синдром возникает рано. Характерны охриплость голоса, упорный сухой кашель.

Респираторная инфекция:

- установление групповой заболеваемости в коллективах, семейных очагах;
- инкубация 2-4 дня;
- сезонность преимущественно зимне-весенняя;

- начало болезни острое;
- ведущий симптомокомплекс - интенсивный ринит;
- иногда развиваются признаки ларинготрахеита (осиплость голоса, непродуктивный кашель);
- температурная реакция не постоянная, интоксикация выражена умеренно;
- течение чаще острое, продолжительность болезни составляет 1-3 дня;

Аденовирусная инфекция:

- установление групповой заболеваемости, эпидемического очага;
- инкубация 5-8 дней
- преимущественный сезон- летнее- осенний период;
- возможность заражения не только воздушно – капельным, но и фекально-оральным путем;
- начало болезни острое;
- характерно сочетание экссудативного воспаления слизистых оболочек ротоглотки, трахеи.
- основной симптомокомплекс - фарингоконъюнктивальная лихорадка
- проявления интоксикации чаще умеренные,
- характерна яркая гиперемия зева с развитием острого тонзиллита
- возможность диареи(у маленьких детей), увеличение селезенки, реже печени;
- течение чаще нетяжелое, может затягиваться до 7-10 дней

Респираторно- синцитиальная инфекция

- относят к высококонтагиозным ОРВИ; установление групповой заболеваемости, эпидемического очага;
- продолжительность инкубации 3-6 дней;
- сезонность холодное время года;
- у взрослых протекает легко, с постепенным началом, слабовыраженными проявлениями интоксикации, субфебрильной температурой, нерезковыраженными признаками трахеобронхита;
- характерен упорный кашель, сначала сухой, затем продуктивный, часто приступообразный;
- выраженные проявления дыхательной недостаточности
- часто осложняется вирусно-бактериальной пневмонией;

Риновирусная инфекция:

- установление групповой заболеваемости;
 - инкубация 1-3 дня;
 - сезонность - осенне-зимняя;
 - начало острое, внезапное;
 - течение легкое
 - температурная реакция,;
 - ведущее проявление- ринит с обильным серозным, в дальнейшем слизистым отделяемым
- Характерны: боль в горле, насморк, заложенность носа, чувство давления и боль в области лица, кашель.

В случае острого вирусного ринита отмечают: недомогание, утомляемость; чихание; незначительное повышение температуры и реже, – головная боль, охриплость. В течение первых суток отмечают слизистые выделения из носа, затем – гнойные.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Сбор анамнеза (характерный эпиданамнез, контакт с больным и др.)
2. Объективное обследование (данные осмотра)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

Лечение больных с легким и средней тяжести течением болезни проводят в домашних условиях. Больных изолируют на дому. Ухаживающие лица должны пользоваться марлевыми масками.

Немедикаментозные средства лечения заключаются в использовании различных тепловых процедур: паровые ингаляции, горячие ножные и общие ванны, прогревания в бане и сауне, теплые укутывания и обильное горячие питье – чай, горячее молоко с содой и

медом, теплые фруктовые соки.

Медикаментозное лечение наиболее эффективно как профилактическое средство, противовирусные препараты в период лихорадки назначают римантадин 0,3 г в 1-ые \ сут. 0,2 г во 2-ые и 0,1 г в последующие дни, интерферон-альфа 2 а, бета 1, альфа 2 в виде порошков для ингаляции и закапывания в носовые ходы, оксолиновая мазь 0,25% в носовые ходы и веки 3-4 раза в день, при наличии температуры: назначают наиболее безопасный парацетамол 500 мг 2-3 раза в день до 4-х дней, ацетилсалициловая кислота-500мг 2-3 раза в день до 3-х дней. Обильное теплое питье. Лечение антибиотиками взрослых с неспецифической инфекцией верхних дыхательных путей не ускоряет выздоровление и не рекомендуется.

При остром вирусном рините показан покой. Назначается парацетамол, 0,5-1 г внутрь каждые 4-6 ч, но не более 4 сут, или аспирин, 0.325-1 г внутрь каждые 4-6 ч, но не более 4 г/сут. При упорном сухом кашле назначают микстуру от кашля амброксол по 0,03г 3 раза в день, сироп 15 мг/5 мл, 30мг/5мл. В первые 2-3 дня по 10 мл 3 раза в день, затем по 5 мл 3 раза в день. При боли в горле – полоскание разбавленным лимонным соком, антисептическими растворами, отварами трав в теплом виде. Назначают аскорбиновую кислоту, 2 г/сут внутрь в порошках или таблетках.

При атрофическом рините рекомендуется частое промывание полости носа физиологическим раствором, капли с витамином А для закапывания в полость носа; 3 раза в день в тяжелых случаях ретинола ацетата 1-2 драже в 2 сутки, витамин А назначают внутрь курсами по 1 месяцу 2-3 раза в год, следует учитывать возможность антибактериальной терапии на основе бактериологического обследования.

Перечень основных медикаментов:

Противовирусные препараты

1. Римантадин 0,3-0,2 -0,1 г табл
2. **Оксолиновая мазь, 0,25%

Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты

3. **Парацетамол 200 мг, 500 мг, табл.
4. *Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 250 мг, 325 мг, 500 мг, табл.

Муколитические препараты

5. *Амброксол 30 мг, табл.

Витамины

6. * Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, 500 мг, табл.
7. * Ретинола ацетат 114 мг, драже

Перечень дополнительных медикаментов

При осложнениях (пневмония):

1. *Амоксициллин 500 мг, табл, пероральная суспензия 250 мг/5 мл
2. *Амоксициллин- клавулановая кислота 625мг, табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Перевод на стационарный этап лечения при гипертоксической форме ОРВИ, наличии осложнений, неэффективности проводимого лечения, отягощенном преморбидном фоне, сопутствующих хронических заболеваниях.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть1. Изд-во МЕДИА СФЕРА. М., 2003
2. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь (дополненный перевод 26-го издания Стедмана), М., ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 2000.
3. Справочник врача общей практики. Дж.Мерта. Практика, М., 1998.
4. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002.

5. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Treatment of Nonspecific Upper Respiratory Tract Infections in Adults: Background. Ann Intern Med. 2001;134:490. Ralph Gonzales, John G. Bartlett, Richard E. Besser et al.
6. Efficacy of fusafungine in acute rhinopharyngitis: a pooled analysis. Rhinology. 2004 Dec;42(4):207. Lund VJ, Grouin JM, Eccles R et al.
7. Справочник фельдшера Ростов – на – Дону, 2000 г.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Острый бронхит

Код протокола: 04-035a

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа:

- 1.Ликвидация клиники заболевания и возвращение к трудовой деятельности.
- 2.Ликвидация интоксикации, улучшение самочувствия, нормализация аппетита и температуры тела.
- 3.Отсутствие осложнений.

Длительность лечения: 7- 10 дней (в зависимости от формы и тяжести)

Код МКБ: J20 Острый бронхит.

Определение: **Острый бронхит** - это заболевание, проявляющееся остро возникающим воспалением слизистой оболочки бронхов, преимущественно инфекционного происхождения, вирусного (респираторно-синцитиальный, аденовирус, бактериально-микоплазменного происхождения) а также, аллергического, физико-химического происхождения, продолжающееся до 1 месяца.

Классификация:

Острый бронхит простой, острый обструктивный бронхит, острый бронхиолит, рецидивирующий бронхит.

1.По этиологии: А.инфекционного характера (вирусные, бактериальные)

В.Неинфекционного характера (физические, химические факторы).

С.Смешанные.

2.По патогенезу: А.Первичный. Б.Вторичный.

3.По уровню поражения бронхиального дерева: А.Проксимальный.

Б.Дистальный.

4.Варианты течения: А.Остротекущий бронхит.(2-3 недели).

Б.Затяжной (до 1 мес.).

5.По характеру: катаральный, отечный, гнойный.

Факторы риска: Переохлаждение, курение, алкоголизм, застойные явления в легких при сердечной недостаточности, вирусные заболевания, аллергические заболевания, иммунодефицитные состояния, эпидемическая ситуация (контакт с больным), осенне-зимний период, воздействие физических факторов (холодный и горячий воздух), химических факторов (вдыхание паров серы, сероводорода, хлора, брома, аммиака).

Критерии диагностики:

Диагноз выставляется при наличии остро возникшего кашля, продолжающегося не более 3 недель, независимо от наличия мокроты при отсутствии признаков пневмонии и хронических заболеваний легких, которые также могут быть причиной кашля. Диагноз ставится методом исключения и основывается на клинической практике.

Основные клинические проявления: симптомы интоксикации (недомогание, озноб, субфебрилитет, боли в спине и мышцах), кашель, сначала сухой, мучительный, надсадный (чувство «царапания» за грудиной и между лопаток) при появлении мокроты более легкий (продуктивный), одышка, часто обусловлена фоновой патологией легких или сердца, симптомы фарингита и конъюнктивита, при аускультации - рассеянные сухие и влажные хрипы. При вирусной этиологии заболевания сопутствуют: лихорадка с ознобом, насморк, головная боль, ломота в мышцах.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Сбор анамнеза(контакт с больным, осенне-зимний период, сопутствующие хронические заболевания)
2. Объективное обследование (данные осмотра, физикальные данные)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

Тактика лечения: Лечение неосложненного острого бронхита обычно проводится в домашних условиях. При вирусной этиологии острого бронхита назначают противовирусные

препараты: интерферон-альфа 2а, интерферон-б1 для ингаляции или капли в нос (ампула разводится кипяченной водой), римантадин 0,3 г в первые сутки, 0,2 г во 2-ые сутки, 0,1г в последующие сутки, внутрь.

Если острый бронхит вызван вдыханием известного токсичного газа, необходимо выяснить существование его антидотов и возможности применения.

При остром бронхите вызванном парами кислот показаны ингаляции парами 5% раствора натрия гидрокарбоната, если после вдыхания щелочных паров, то показаны ингаляции паров 5% раствора аскорбиновой кислоты.

В период лихорадки жаропонижающие препараты: ацетилсалициловая кислота 250мг, 500мг 2-3 дня, парацетамол 500мг 3 раза в день 3-4 дня.

Антибактериальная терапия назначается с учетом микробного спектра - перорально амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг каждые 8 ч, цефуроксим 250мг, 500мг, ампициллин по 0,5г каждые 12 ч внутрь, эритромицин 250мг, 500мг 3 раза в день, пероральная суспензия 250мг/5мл 2-3 раза в день.

Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии итраконазол оральный раствор по 200 мг 2 р\сут в течение 7 дней.

Бронхоспазмолитические препараты: сальбутамол 2-4мг, или теofilлин 100мг, 200мг (после еды) 1-2 раза в день. Мукорегуляторы: амброксол по 30мг 2-3 в день или в виде сиропа 30мг/5 мл 2-3 в день.

Рекомендуется обильное или питье теплой жидкости, а также отвлекающая терапия (согревающие процедуры, горчичники, паровые ингаляции).

Витаминотерапия: гр. А, В, С.

Перечень основных медикаментов:

1. *Сальбутамол 2-4 мг, капс
2. *Теofilлин 100мг, 200мг, табл
3. **Амброксол сироп 15 мг/5 мл; 30мг/5 мл; раствор 7,5 мг/мл
4. *Амоксициллин+ клавулановая кислота 625мг, табл
5. *Цефуроксим 250, 500 мг, табл
6. *Ампициллин 250 мг, капс
7. *Эритромицин 250мг, 500мг, табл, пероральная суспензия 250мг/5мл
8. *Интерферон порошок для приготовления инъекционного раствора 3МЕ, 5,5МЕ, 9МЕ
9. Римантадин 0,3; 0,2; 0,1 г, табл
10. **Парацетамол сироп 2,4% во флаконе; суспензия; суппозитории 80 мг
11. *Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. *Рибавирин 200 мг, табл
2. *Аскорбиновая кислота, раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
3. *Натрия гидрокарбонат, раствор для инфузий и инъекций

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Перевод на стационарный этап лечения: при развитии пневмонии, нарастании дыхательной недостаточности, симптомов интоксикации и развития осложнений, отсутствии эффекта от антибактериальной терапии, с сопутствующими заболеваниями сердца, почек.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации. Фармокологический справочник
2. Издательство Геотармед 2004 год. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 издание. ГЭОТАР-МЕД, 2002г;
3. Терапия для фельдшера. А.В.Тараканов, 2001г.
4. Шулутко Б. И Внутренняя медицина. РЕНКОР, 1999г.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Повышенное артериальное давление

Код протокола: 05-052a

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа:

1. Оценить образ жизни и выявить другие факторы риска повышенного артериального давления (АД), а также сопутствующие заболевания, которые могут повлиять на тактику лечения и прогноз;
2. По возможности установить причину повышения артериального давления;
3. По возможности выяснить имеются ли поражения органов- мишеней. Нормализация АД (достижение целевого АД), исчезновение головной боли, головокружения, болей в сердце, нормализация сна.
4. Профилактика и мониторинг АД.

Длительность лечения: 8-10 дней (возможно сокращение срока при адекватном лечении)

Код МКБ: I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия.

Определение: Повышенное артериальное давление - стабильное повышение САД 140 мм.рт.ст. и более и/или ДАД 90 мм.рт.ст. и более (в результате как минимум трех измерений, произведенных в различное время на фоне спокойной обстановки. Больной при этом не должен принимать лекарственные средства как повышающие, так и понижающие АД.

Повышение АД делится на 2 формы:

Эссенциальную и симптоматическую или вторичную.

Классификация:

Эссенциальная гипертония:

Категории нормального АД:

1. Оптимальное АД < 120 / 80 мм.рт.ст.
2. Нормальное АД < 130 / 85 мм.рт.ст.
3. Высокое нормальное АД или предгипертония 130 - 139 / 85-89 мм.рт.ст.

Степени АГ:

1. Степень 1 140-159 / 90-99
2. Степень 2 160-179/100-109
3. Степень 3 ≥ 180 / ≥ 110
4. Изолированная систолическая гипертензия ≥ 140 / <90

По характеру течения:

1. Доброкачественное течение характеризуется медленным течением заболевания;
2. Злокачественное течение чаще при вторичных формах АГ.
3. Кризовое течение АГ - характеризуется внезапными подъемами АД.

Симптоматическая гипертензия:

1. Почечные
2. Эндокринные
3. Гипертензии, обусловленные поражением сердца и крупных сосудов
4. Центрогенные (поражения нервной системы)

Факторы риска:

Отягощенный семейный анамнез сердечно- сосудистых заболеваний (у женщин до 65 лет у мужчин до 55 лет), повышенный индекс массы тела, абдоминальное ожирение, несбалансированная диета с большим потреблением жиров, хлорида натрия и недостатком овощей и фруктов, злоупотребление алкоголем, сниженная физическая активность, курение, стресс, повышенное потребление жидкости, применение пероральных контрацептивов и НПВС, сахарный диабет и др. хронические заболевания.

Критерии диагностики: систолическое АД составляет 140 мм.рт.ст. и более и/или диастолическое АД - 90 мм.рт.ст. и более (в результате как минимум трех измерений, произведенных в различное время на фоне спокойной обстановки), больной при этом не должен принимать ЛС, как повышающих, так и понижающих АД. Данные физикального обследования, указывающие на вторичный характер АГ и органические поражения.

Диагностика гипертонического криза основывается на следующих основных критериях:

1. Относительно внезапное начало.
2. Индивидуально высокий подъем АД ($> 180/120$ мм.ст.).
3. Наличие субъективных и объективных симптомов церебрального, кардиального и вегетативного характера.

Перечень основных диагностических мероприятий:

- 1 Сбор анамнеза (факторы риска и др.)
- 2 Объективные исследования (осмотр, измерение АД, пульс и др.)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

Тактика лечения: Немедикаментозная терапия. Необходимо рекомендовать ведение здорового образа жизни (бросить курить, ограничить прием алкоголя, снизить вес и повысить физическую активность), соблюдение диеты с ограничением соли (необходимо снизить до уровня менее 5-6 г в сутки).

Медикаментозная терапия:

1. Диуретики: гидрохлортиазид 12, 5- 25 мг в сутки, индапамид 1, 5 – 2,5 мг/сут.
2. β -блокаторы: атенолол 25-100мг 1-2 раза в сутки, бисопролол 25 -100 мг/сутки.
3. Ингибиторы АПФ: эналаприл 10-20 мг/сут.
4. Антагонисты кальция: амлодипин 5-10 мг/сут, нифедипин-ретард 30-60 мг/сут.
5. α -блокаторы: доксазозин 1-8 мг/сут.

Тактика лечения при неосложненном ГК – наблюдение в течение 3-6 часов. Постепенное снижение АД с помощью таблетированных лекарственных средств.

- Нифедипин – 10-20 мг прием внутрь, разжевать (при отсутствии признаков ухудшения мозговой гемодинамики и атеросклеротического поражения сосудов)
- Эналаприл – 1,25 мг в/в, медленно в течение 3 мин.

Перечень основных медикаментов:

- 1.* Гидрохлортиазид 25 мг табл
- 2.**Индапамид 2,5 мг табл
4. Бисопролол 50мг, 100мг табл
- 5.**Эналаприл табл, 2,5 мг, 10 мг; раствор в ампуле 1,25 мг/1 мл
- 6.**Амлодипин табл, 5 мг, 10 мг
- 7.*Нифедипин 10 мг, 20 мг, табл
- 8.*Доксазозин 1 мг, табл
- 9.*Натрия нитропруссид 50 мг пор д/и
- 10.**Атенолол табл, 50 мг, 100 мг

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения: Осложненный гипертонический криз.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

1. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. «ГЭОТАР-МЕД», 2004.
2. The 2003 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension. Canadian Hypertension Education Program.www.hypertension.ca/recommendations 2003 va.html
3. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике первичной артериальной гипертензии у взрослых в первичном звене здравоохранения. Ташкент, 2005
4. Справочник фельдшера. Ростов на Дону, 2000

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Потеря сознания. Обморок.

Код протокола: 04–140 л

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа:

- 1.Выявление и оказание помощи
- 2.Приведение в сознание
- 3.Предотвращение осложнений.

Длительность лечения: 1 день

Код МКБ: R55 Обморок [синкопе] и коллапс

Определение: Обморок – внезапная потеря сознания, обусловленная преходящей ишемией головного мозга.

Классификация:

1.Несвязанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- Вазодепрессорный (вазовагальный)
- Ситуационный
- Никтурический
- Кашлевой
- Лекарственный
- При дефекации
- При глотании
- При ортостатической гипотензии
- При заболеваниях сосудов мозга

2.Связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями

- Снижение сердечного выброса
- Аритмия

3.Неясного происхождения.

Факторы риска: артериальная гипотензия, брадикардия, уменьшение объема циркулирующей крови или венозного возврата, снижение сердечного выброса, нарушения ритма сердца, цереброваскулярные заболевания, боль различной этиологии, анафилактическая реакция, отрицательные эмоции.

Критерии диагностики: медленное падение, «оседание» больного, резкая бледность кожных покровов, PS малый или не определяется, AD резко снижено, дыхание поверхностное.

У детей: отсутствие адекватной реакции на окружающее (резко заторможен, сонлив, не реагирует на звуки и яркие предметы, свет).

Перечень основных диагностических мероприятий:

- 1.Сбор анамнеза - данные и ситуации сопутствующие обмороку, лекарственный анамнез и др.
- 2.Объективное обследование - физикальные данные (гипотензия, разница пульса, шумы в сердце, брадикардия, поверхностное дыхание и др.)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

Тактика лечения: Необходимо положить больного на спину и слегка приподнять ноги, освободить шею и грудь от стесняющей одежды. Сбрызнуть лицо холодной водой или дать понюхать резко пахнущую жидкость.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

Перевод на стационарный этап лечения при длительных и частых обмороках для уточнения диагноза и лечения. У детей до 5 лет при повторных обмороках – срочная госпитализация.

Литература, использованная при подготовке протоколов:

- 1.Справочник практического врача. Медицина 2001 г.
- 2.Трудный диагноз, Р.Б.Тейлор Москва 1999 г.
- 3.Справочник фельдшера Ростов-на-Дону 2001 г.

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

Сахарный диабет

Код протокола: 23-317

Профиль: терапевтический

Этап лечения: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: выявление пациентов с СД и лиц с факторами риска СД, направление их к врачу для назначения лечения, контроль за выполнением назначений врача, динамикой массы тела, санитарно-просветительная работа среди населения о здоровом образе жизни, профилактике диабета.

Длительность лечения: пожизненная

Коды МКБ:

E10 Инсулинозависимый сахарный диабет

E11 Инсулинонезависимый сахарный диабет

E12 Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания

E 13 Другие уточненные формы сахарного диабета

E 14 Сахарный диабет неуточненный

Определение: Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Классификация: Основные типы диабета: СД 1 типа и СД 2 типа.

СД 1 типа (СД 1) – полиэтиологический синдром, обусловленный абсолютным дефицитом инсулина, приводящим к нарушению углеводного, а затем и других видов метаболизма. При СД 1 типа у пациентов происходит разрушение инсулинпродуцирующих клеток поджелудочной железы, в результате чего прекращается выделение собственного инсулина. Поэтому больные с СД 1 типа должны постоянно получать инсулин. Несвоевременное назначение инсулина или отказ от инъекций инсулина приводит к гибели пациентов. Заболевание чаще развивается у лиц до 30 лет (в 20-25% случаев позднее).

СД 2 типа (СД 2) обычно диагностируют у лиц старше 35-40 лет, однако в последние годы он встречается и у детей. СД 2 составляет до 90% всех случаев СД. При этом заболевании нарушается действие собственного инсулина. Для устранения этого дефекта пациентам назначают сахароснижающие таблетированные препараты, в ряде случаев может быть по показаниям назначен инсулин.

Факторы риска:

Факторы риска СД 1: отягощенная наследственность по СД 1, некоторые инфекционные заболевания (краснуха, грипп и т.д.)

Факторы риска СД 2: отягощенная наследственность по СД 2; ожирение; артериальная гипертензия; гестационный СД в анамнезе; дети, родившиеся массой 4,0 кг и более; женщины, родившие детей массой 4,0 кг и более; женщины с выкидышами и мертворождениями в анамнезе.

Критерии диагностики:

СД 1 типа обычно имеет яркое манифестное начало: жажда, полиурия, снижение веса, слабость и т.д. Этот тип диабета более характерен для лиц молодого возраста, в т.ч. детей.

В отличие от диабета 1 типа, СД 2 типа, как правило, начинается исподволь, незаметно для больного и врача. Симптомы обычно неспецифичны и могут встречаться также при многих других заболеваниях: слабость, недомогание, снижение работоспособности, апатия. СД 2 типа чаще встречается у пожилых людей с избытком массы тела.

В связи с тем, что СД 2 типа чаще всего протекает скрыто, для раннего выявления заболевания, необходимо всех лиц с факторами риска сахарного диабета один раз в год (при отсутствии жалоб) направлять на определение уровня глюкозы крови, а по показаниям (определяет врач) – проводить тест толерантности к глюкозе.

Показания к исследованию состояния углеводного обмена

- Наличие сахарного диабета у родственников первой линии родства
- Ожирение
- Дети, родившиеся массой 4,0 кг и более
- Женщины, родившие детей массой 4,0 кг и более
- Женщины с гестационным диабетом в анамнезе
- Женщины с выкидышами и мертворождениями в анамнезе
- Повышение АД $\geq 140/90$ мм. рт. ст.
- Гипергликемия в анамнезе
- Наличие кардиоваскулярных расстройств
- При наличии характерных жалоб (жажды, частого мочеиспускания, похудания, рецидивирующих гнойно-воспалительных расстройств) следует направить больного к врачу.

Тактика лечения:

Определяется врачом.

При всех формах ожирения рекомендуется:

1. Изменение образа жизни:

- активный двигательный режим
- отказ от курения
- изменение питания: сократить употребление жирного, сладкого, мучных и зерновых блюд, картофеля; увеличить употребление овощей, фруктов, нежирных молочных блюд
- самоконтроль – пациента необходимо направить в Школу диабета (или эндокринологу) для обучения правильному питанию, физической активности, самоконтролю гликемии с помощью специального аппарата для измерения уровня сахара в крови, динамики массы тела (взвешивание 1 раз в месяц)

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Измерение роста, массы тела больного, определение ИМТ

2. Измерение ОТ и ОБ, определение индекса ОТ/ОБ

3. Измерение артериального давления

Медицинский персонал ФАП должен:

- оценивать вес своих пациентов, при выявлении избытка массы тела или ожирения направлять на обследование и консультацию врача;
- передавать в региональный Регистр данные обо всех пациентах с СД;
- оказывать постоянную поддержку и наблюдать за пациентами с СД, проверять показатели самоконтроля (уровень сахара крови, измеряемого самим больным, кетоновых тел в моче);
- подчеркивать важность планирования питания при СД;
- следить за самочувствием пациентов с СД, правильностью проведения ими самоконтроля;
- выявлять случаи ухудшения самочувствия больного с СД, вовремя направлять на консультацию к врачу;
- организовывать регулярные осмотры и направление пациентов в специализированные клиники, к эндокринологам, офтальмологам, невропатологам или хирургам, проверять выполнение их назначений;

- просвещать население относительно факторов риска СД, давать рекомендации по здоровому образу жизни, поощрять здоровые привычки питания и особенно физическую активность;
- направлять два раза в год лиц с высоким риском СД (т.е. с избыточной массой тела, с семейным диабетом в анамнезе, женщин, имевших диабет беременных в анамнезе, и беременных женщин) на периодическое измерение уровня глюкозы в крови натощак и через 2 часа после еды;

Перечень основных и дополнительных медикаментов

При коме – немедленное определение уровня глюкозы крови. При гликемии 2,8 ммоль/л и ниже – введение внутривенно 40 мл 40% глюкозы или внутримышечно гликагона, доставка пациента в стационар. При высокой гликемии, наличии в выдыхаемом воздухе больного запаха ацетона и положительной реакции мочи на ацетон – налаживание внутривенного капельного вливания инсулина короткого действия из расчета 0,1ед/кг/час на физиологическом растворе и осуществить транспортировку в стационар.

При заболеваниях, ассоциированных с СД (ИБС, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт и т.д.), – помощь по соответствующему протоколу.

Перечень оборудования:

1. Ростомер
2. Медицинские весы
3. Сантиметровая лента
4. Аппарат для измерения АД
5. Методическая литература для медицинского персонала ФАП и пациентов о здоровом образе жизни.

Критерии перевода на следующий этап:

Пациент должен быть направлен на консультацию врача:

1. При подозрении на СД для назначения лечения
2. При ухудшении самочувствия больного с СД

Список литературы:

1. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, метаболического синдрома. Б. Р. Базарбекова, М. Е. Зельцер, Т. Ф. Косенко, Ш. С. Абубакирова. Астана, 2005
2. Профилактика через первичное здравоохранение /Под ред. L. Dobrossy. - Одиссей, 2003. 168 с.

Примечания:

1. ИМТ – индекс массы тела. Вычисляется по формуле: вес в кг / (рост в м)². В норме у женщин - до 25кг/м², у мужчин – до 27кг/м²
2. ОТ – окружность талии
3. ОБ – окружность бедер

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

Конъюнктивит

Код протокола: 02-021г

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: устранение симптомов, элиминация возбудителя, профилактика осложнений и распространения процесса

Код МКБ: H10 Конъюнктивит

Определение: Конъюнктивит – воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком слизистой оболочки, отеком и зудом век; иногда осложняется поражением роговицы с нарушением зрения. Конъюнктивиты составляют около 30 % всей глазной патологии.

Классификация: по течению – острый, хронический.

Факторы риска: Контакт с инфекционным агентом или аллергеном.

Критерии диагностики: Заболевание возникает остро, сопровождается выраженными субъективными ощущениями: резь в глазах, зуд (обычно связан с аллергическими реакциями), обильное слизисто-гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости, иногда светобоязнь. Чаще поражаются оба глаза (вначале один, а затем процесс распространяется на другой глаз). Объективно: блефароспазм, отек, утолщение, гиперемия конъюнктивы. Необходимо также дифференцировать конъюнктивит аллергической природы, чтобы избежать ненужного применения антибиотиков.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Анамнестические данные
2. Объективное исследование
3. Оценка остроты зрения
4. Наружный осмотр

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

- Категорически запрещено накладывать повязку (под повязкой резко усиливается возможность развития кератита).
- Для механического удаления отделяемого из конъюнктивальной полости ее промывают растворами антисептиков: 1:5000 раствор нитрофурала или перманганата калия.
- Для лечения конъюнктивита с наличием гнойного отделяемого следует назначить антибиотики на 3-7 дней. В конъюнктивальный мешок закапывают растворы антимикробных ЛС в течение первых нескольких дней каждые 2-4 часа, по мере стихания воспалительного процесса частота закапываний уменьшается до 3-6 раз в сутки. Курс лечения 7-10 дней. Антибактериальная терапия: хлорамфеникол 0,25% глазные капли - принят как антибиотик первой линии, нитрофурацетин 0,02% глазные капли, сульфацил натрия 30% глазные капли, неомицин сульфат 0,5% глазные капли. При аллергическом конъюнктивите - антигистаминные препараты, например, дифенгидрамин 0,3% - глазные капли. При вирусном процессе – противовирусная терапия (интерферон-альфа).

Перечень основных медикаментов:

1. Нитрофурацетин 20мг табл.
2. *Перманганат калия водный раствор 1:10 000
3. *Хлорамфеникол 0,25% глазные капли
4. *Нитрофурацетин 0,02% глазные капли
5. *Сульфацил натрия 30% глазные капли
6. *Неомицин сульфат 0,5% глазные капли
7. *Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: неэффективность терапии в течение 3 дней.

Литература, использованная при подготовке протокола:

- 1.American Academy of Ophthalmology. Guideline. Conjunctivitis. 2003
- 2.Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- infective. 2004
3. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- allergic. 2004

4. International Council of Ophthalmology. Guideline. Conjunctivitis (Initial evaluation) 2005
5. EBM Guidelines. Conjunctivitis. 2004
6. Sheikh A., Hurvitz B, Cave J. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. In: Cochrane Library.
7. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. 2003 - Часть 7. - С. 2314-2321.

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

Ожоги

Код протокола: 22-178а

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Оказать неотложную медицинскую помощь, экстренную транспортировку по показаниям.

Код МКБ: Т30 Термические и химические ожоги неуточненных частей тела

Определение: Ожогами называют повреждения, вызванные термической, химической или лучевой энергией. Тяжесть ожога определяется величиной площади и глубиной повреждения тканей. Чем больше площадь и глубже повреждение тканей, тем тяжелее течение ожога.

Классификация: В зависимости от глубины поражения выделяют четыре степени ожога:

I степень - выраженная гиперемия и отек кожи;

II степень – образование пузырей, заполненных серозной жидкостью;

III А степень – некроз эпидермиса (до сосочкового слоя кожи);

III Б степень – полный некроз кожи во всю толщу;

IV степень – некроз кожи и подлежащих тканей.

МКБ-10 предусматривает 3-степенную классификацию ожогов по глубине поражения.

Факторы риска: неосторожное обращение с огнем, электрическим током, различными агрессивными жидкостями, длительное пребывание под солнечными лучами (при загаре) и ионизирующем облучении.

Критерии диагностики: I – II степень – чувствительность кожи не нарушена, положительная капиллярная реакция (при надавливании кожа становится бледной и при прекращении – краснеет снова, поверхность кожи влажная). *При II степени* пузыри развиваются менее чем за 2 часа с момента получения ожога, пузыри единичные, мелкие, заполненные серозным экссудатом. *При III степени* – чувствительность кожи и капиллярная реакция отсутствуют, кожа сухая, выражен отек, пузыри с кровянистым содержимым, некротические изменения. Электрические ожоги всегда глубокие. Отмечается сильная боль, озноб, частый пульс.

Ограниченные по площади поражения ожоги всегда протекают преимущественно как местный процесс. При более значительных поражениях, при площади ожогов II и III степени, равная или превышающая у взрослых 25% поверхности тела, у детей и стариков 10% поверхности тела наблюдаются серьезные общие расстройства, развивается ожоговая болезнь. Различают следующие периоды (стадии) ожоговой болезни: *ожогового шока, острой токсемии, септикотоксемии и выздоровления.*

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

- детальный осмотр пострадавшего, выяснение характера ожога и его степени;
- определение площади ожога и уточнение наличия химического реагента при химическом ожоге;
- при термических ожогах – охладить обожженную поверхность холодной водой (t 20-25 °C) в течение 10 мин.;
- при химических ожогах – следует удалить агрессивную среду промыванием обильной струей проточной воды в течение 30 мин.(при ожогах негашеной известью категорически противопоказано!).

При термических и химических ожогах:

- трамадол 100-200 мг внутривенно (внутримышечно) или анальгин 50% раствор 2-4 мл внутримышечно. Наркотические анальгетики не рекомендуются;
- обработка ожоговых поверхностей противоожоговым аэрозолем;
- асептические (стерильные) повязки или укутывания в стерильные простыни;

При термоингаляционных поражениях следует проконтролировать внешнее дыхание, при отеке гортани и удушье - трахеостомия, коникотомия.

При ожоговом шоке дополнительно: глюкоза 5% раствор, либо реополиглюкин внутривенно капельно со скоростью инфузии 2 л в час у взрослых и 0,5 л в час у детей. Дифенгидрамин 1% раствор 1 мл, преднизолон 60-90 мг, трамал 100-200 мг внутривенно. *Объем инфузионной терапии определяется сроком доставки в стационар.*

Перечень основных медикаментов:

1. *Метамизол натрий раствор для инъекций 100мкг/1 мл, амп
2. * Препараты, получаемые из крови, плазмозамещающие средства (полиглюкин)
3. *Трамadol капсула 50 мг; раствор в ампуле 50 мг/1 мл
4. *Дифенгидрамин раствор для инъекций 1% 1 мл
5. *Преднизолон раствор для инъекций 30 мг/мл; таблетка 5 мг

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

- а) ожоговый шок;
- б) термоингаляционные поражения;
- в) химические ожоги с признаками острого отравления;
- г) пострадавшие с ожогами II степени более 10% поверхности тела (дети с ожогами II степени более 5% поверхности тела). III степени более 3% (все дети с ожогами III степени). III степени любой площади при ожогах лица, кистей, стоп, промежности, с электроожогами. Пострадавшие транспортируются на носилках, лежа в удобном положении. При химических ожогах - доставка в токсикологическое отделение. При отсутствии показаний к экстренной доставке в стационар пострадавшие могут лечиться по месту жительства. Консультация врача СВА.

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

Острый живот

Код протокола: 06-062о

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Диагностика общего состояния и экстренная транспортировка в хирургическое отделение.

Коды МКБ: K25 язва желудка

K26 язва двенадцатиперстной кишки

K35 острый аппендицит

K40 грыжа

K56 паралитический илеус

K65 перитонит

K81 холецистит

K85 панкреатит

Определение: Острый живот – клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Острый живот не является окончательным диагнозом. Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удается установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной госпитализации больного.

Клиническую картину острого живота могут обусловить повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, воспалительные заболевания, такие как перитонит, острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, а также прободение органов брюшной полости, внутренние кровотечения в брюшную полость, забрюшинное пространство, непроходимость кишечника, заболевания половых органов (перекрут ножки кисты, опухоли яичника, воспалительные процессы в придатках матки) и другие заболевания.

Факторы риска: Наличие нелеченных хронических заболеваний органов брюшной полости и тазовых органов, политравмы.

Критерии диагностики:

- болезненность при пальпации передней брюшной стенки;
- «разлитое» напряжение мышц передней брюшной стенки;
- симптомы раздражения брюшины, локальные или по всей поверхности передней брюшной стенки;
- язык сухой, обложенный;
- субфебрилитет, гипертермия.

При длительной задержке с обращением за медицинской помощью:

- вздутие живота, ослабление перистальтики вплоть до полного ее исчезновения;
- тахикардия, снижение АД;
- снижение температуры тела до субнормальных цифр;
- заострение черт лица, синюшность губ, бледность кожных покровов;
- сопор, кома.

Частым симптомом является тошнота и рвота, которые могут возникнуть в первые часы и даже минуты заболевания.

Задержка стула и прекращение отхождения кишечных газов связаны с механической или динамической непроходимостью кишечника.

В связи с тем, что на раннем этапе заболевания характерная нозологическая симптоматика, соответствующая конкретным заболеваниям и травмам брюшных органов, может быть стерта и затуманена перитонеальным симптомокомплексом, *дифференциальная диагностика нозологических причин острого живота на догоспитальном этапе нецелесообразна.*

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

- существенную роль имеет анамнез (впервые обратился за помощью или ранее был осмотрен врачом и был установлен диагноз), тщательный осмотр и наблюдение за поведением больного;
- следует обратить внимание на признаки и симптомы заболевания: характер и локализацию болей, наличие симптомов раздражения брюшины, уровень температуры, пульса, АД, цвет кожных покровов, сознание. При наличии сопора или комы, заострения черт лица, синюшности губ, бледности кожных покровов, снижения АД (характерных признаков нарушения гемодинамических показателей) необходимо провести медикаментозное лечение: реополиглюкин (полиглюкин или глюкоза 5% раствор) с кортикостероидами, например, преднизолоном 60-120 мг внутривенно капельно. Не давать еды и питья. При подозрении на желудочно-кишечное кровотечение назначить: этамзилат 12,5% - 2-4 мл в/в или в/м. При ухудшении гемодинамики при желудочно-кишечном кровотечении (снижении АД, тахикардии)- полиглюкин (реополиглюкин) внутривенно капельно до стабилизации систолического АД на уровне 90 - 100 мм рт. ст. *При критическом падении АД, не поддающимся воздействию инфузионной терапии* ввести допамин 0,5% раствор до 5 мл в инфузионном растворе.
- экстренная доставка в хирургическое отделение на носилках, лежа. При желудочно-кишечных кровотечениях больные транспортируются с опущенным головным концом;
- задержка с госпитализацией (с оказанием специализированной хирургической помощи) приводит к развитию жизнеопасных осложнений.

Перечень основных медикаментов:

1. *Полиглюкин (реополиглюкин) раствор для инфузий 200 мл, 500 мл, фл
2. *Преднизолон раствор для инъекций 30 мг/мл; таблетка 5 мг
3. Этамзилат раствор для инъекций 125 мг, 250 мг/2 мл, амп
4. *Допамин раствор для инъекции в ампуле 0,5%, 4% по 5 мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: Наличие клинической картины острого живота.

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

Рак легких

Код протокола: 23-316

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: раннее выявление и перевод на следующий этап

Код МКБ: C34 злокачественные новообразования бронхов и легкого

Определение:

Рак легкого (бронхогенный; бронхоальвеолярный рак) представляет собой злокачественное новообразование, растущее из эпителия или желез слизистой оболочки бронхов.

Классификация:

- немелкоклеточные карциномы

- плоскоклеточная карцинома (в 40-45% случаев) существует тенденция к снижению
 - аденокарцинома и ее подтип, бронхиолоальвеолярная карцинома (25-30% случаев), существует тенденция к повышению
 - крупноклеточная недифференцированная карцинома (в 10% случаев)
- мелкоклеточная карцинома (в 20-25% случаев)

Клинико-анатомические формы:

- Центральная и периферическая форма.

Центральный рак поражает крупные бронхи (до сегментарных включительно).

Периферический рак локализуется в субсегментарных и более мелких бронхах. Центральная форма прорастает элементы корня, рано распространяется на главные бронхи и трахею. Периферический рак обычно формирует шаровидный узел в паренхиме легких.

- Атипичные формы: периферический рак (апикальный рак), медиастинальный рак и первичный карциноматоз легких.

Медиастинальный рак характеризуется метастазами в лимфатических узлах средостения при невыявленном первичном очаге. Лимфогенные метастазы могут развиваться быстрее первичной опухоли.

Первичный карциноматоз – двухсторонний первично-множественный рак легких. Легочная ткань инфильтрирована узлами опухоли различного размера. Искать среди них первичные и вторичные очаги бессмысленно.

Факторы риска:

1. курение
2. асбестоз
3. другие причины (воздействие мышьяка, хрома и никеля)
4. излучение (радон)

Критерии диагностики:

Пациенты должны быть направлены на рентгенографию, если у них присутствуют следующие симптомы более 3 недель без каких-либо объективных причин:

Кашель

Боль в груди или вне грудной клетки

Одышка

Снижение веса

Охриплость голоса (обусловлена сдавлением медиастинальной опухолью возвратного гортанного нерва)

Утолщение концевых фаланг

Симптомы с подозрением на метастазы рака легкого (признаки поражения ЦНС, увеличение размеров печени и боли в правом подреберье, боли в костях)

Увеличение лимфоузлов (шейных, надключичных, подмышечных)

Направление к пульмонологу-онкологу: пациенты должны быть срочно направлены на консультацию при наличии следующих симптомов:

- Кровохарканье

- Данные рентгенологического обследования вызывают подозрение на наличие рака легкого (включая плевральный выпот и области затемнения)
- Синдром сдавления верхней полой вены (сочетание расширения вен грудной клетки, цианоза и отека лица с повышением внутригрудного давления, вызван обструкцией сосуда опухолью средостения)
- Стридор (срочное направление)

При нормальном результате рентгенографии пациенты с наличием беспричинных неспецифических симптомов (к примеру, утомляемость может быть следствием рака легких) более 6 недель должны быть направлены в срочном порядке на консультацию с пульмонологу-онкологу.

Рентгенологическое обследование должно назначаться всем пациентам с подозрением на рак легкого. Контрастная компьютерная томография органов грудной и брюшной полости рекомендуется всем пациентам с подозрением на рак легкого независимо от результатов рентгенографии

Психологическая работа с больным – важная задача для всего медицинского персонала. Больных следует информировать о характере заболевания и методах лечения в максимально короткие сроки (не более недели после подтверждения диагноза). В этот срок необходимо согласовать с больным и обсудить диагноз, выбрать метод лечения.

Врачи и медицинские сестры первичного звена здравоохранения должны:

- а) знать ранние признаки и симптомы рака легких и направлять пациентов с такими признаками и симптомами для прохождения клинического обследования;
- б) энергично применять все имеющиеся возможности публичной информации, просвещения, направленные на прекращение курения.

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения: нет

Перечень основных медикаментов: медикаменты в соответствии с назначениями врача онкодиспансера по списку бесплатных онкопрепаратов.

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: направление на обследование и госпитализацию при наличии «малых признаков».

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Diagnosis of lung cancer: the guidelines/ Chest 2003;
2. Management of patients with lung cancer. A National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).2005;
3. Treatment of early stage non-small cell lung cancer. Chest 2003;
4. The noninvasive staging of non-small cell lung cancer: the guidelines. Chest 2003;
5. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко. М. 2004;
6. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Выпуск 2-2003;
7. Профилактика через первичное здравоохранение / Под ред. L. Dobrossy. – Б.: Одиссей 2003.

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

Травмы закрытые и вывихи

Код протокола: 17-171

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Определить характер травмы и вывиха, провести профилактику травматического шока.

Определение: Травмой или повреждением называется воздействие на организм внешних агентов (механические, термические, химические, электрические, лучевые, психические и др.), вызывающие в органах и тканях нарушения анатомических структур, физиологических функций и сопровождающихся местной и общей реакцией организма. При закрытых травмах кожа и слизистые оболочки остаются неповрежденными. Тяжесть повреждений определяется глубиной и обширностью повреждения тканей и органов.

Классификация:

1. Травмы непроизводственные: а) транспортные; б) бытовые; в) спортивные; г) прочие.
2. Травмы производственные (промышленные, сельскохозяйственные).
3. Травмы умышленные (военные и др.).

Выделяют механические, термические, химические, электрические, лучевые, психические, операционные, родовые травмы. Закрытые повреждения мягких тканей делят на ушибы, растяжения и разрывы, сотрясения и сдавления. Наблюдаются закрытые повреждения мягких тканей и органов, расположенных в полостях (живота, груди, черепа), костей (вывихи и переломы) и сосудов.

Учитывая характер повреждения, травмы делят на одиночные и множественные, простые и комбинированные, прямые и непрямые, острые и хронические.

Факторы риска: Нарушение правил дорожного движения, правил техники безопасности, неумеренное употребление спиртных напитков, детренированность при занятии спортом и тяжелым физическим трудом.

Критерии диагностики: Закрытые повреждения могут быть единичными и множественными, сопровождаться болью, отеком и гематомами в проекции травмы, а также служить опознавательными знаками тяжелых механических повреждений мышц, костей, суставов, внутренних органов соответствующих анатомических областей, имеющих свой определенный симптомокомплекс.

Перечень основных диагностических мероприятий: нет

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

- осмотр места повреждения;
- при сочетанной травме (ДТП, падении с высоты, избиении) следует обратить внимание на возможность жизнеопасных травм грудной клетки, живота, черепа и головного мозга;
- контроль пульса и артериального давления (АД).

При поверхностных повреждениях – холод местно и обработка осадненных поверхностей раствором йодоната. Асептическая повязка (наклейка) по показаниям. *При повреждении суставно-связочного аппарата, вывихах суставов* – анальгин 50% раствор 2-4 мл внутримышечно (при сильной боли), транспортная иммобилизация в положении, полученном в результате вывиха шиной Крамера или повязкой Дезо. *При закрытых переломах костей конечностей* – анальгин 50% раствор 2-4 мл внутримышечно или трамал 100-200 мг внутримышечно (внутривенно). Транспортная иммобилизация. *Противошоковые мероприятия:* кристаллоидные растворы или полиглюкин (реополиглюкин) от 400 мл и более в/в капельно. Стероидные гормоны (преднизолон 60-90 мг, гидрокортизон 120-240 мг) в инфузионном р-ре в/в капельно. При нестабильности АД – прессорные амины - допамин 0,5% р-р 1 мл в 400 мл инфузионного раствора со скоростью 8-10 капель в минуту в/в для поддержания систолического АД на уровне 90-100 мм рт. ст.

Транспортная иммобилизация - при повреждении суставно-связочного аппарата – фиксирующая повязка. При вывихах крупных суставов конечностей иммобилизация проводится в положении, приобретенном в результате вывиха. Используются шины стандартные или импровизированные. Запрещается вправление вывиха при оказании неотложной медицинской помощи из-за отсутствия возможности рентгеновского контроля качества оказания помощи. При закрытом повреждении шейного отдела позвоночника проводится иммобилизация шейным воротником, специальным или импровизированным, например, с помощью шины Крамера. Доставка в стационар на щите-носилках. В остальных случаях транспортная иммобилизация проводится по общим правилам.

Перечень основных медикаментов:

1. *Трамадол капсула 50 мг; раствор в ампуле 50 мг/1 мл
2. *Преднизолон раствор для инъекций 30 мг/мл; таблетка 5 мг
3. *Гидрокортизон суспензия для инъекций 2 мл, 5 мл
4. *Допамин раствор для инъекции в ампуле 0,5%, 4% по 5 мл
5. *Йод раствор спиртовой 5% во флаконе 10 мл, 20 мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап:

После ДТП, кататравмы и при невозможности исключения травмы головного мозга, органов грудной клетки и живота.

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

Черепно-мозговая травма

Код протокола: 21 – 167а

Профиль: хирургический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Раннее выявление характера травмы и принятие правильного решения для оказания помощи.

Код МКБ: S06 внутричерепная травма

Определение: **Черепно-мозговая травма** – симптомокомплекс, развивающийся при травме черепа. Закрытая черепно-мозговая травма характеризуется отсутствием признаков повреждения покровных тканей мозгового черепа, в т.ч. ран кожного покрова лба и волосистой части головы, а также истечения геморрагической жидкости, т.е. ликвора, окрашенного кровью из носовых ходов и (или) наружных слуховых проходов с одной или обеих сторон. Наличие одного или нескольких из перечисленных признаков требует оценить черепно-мозговую травму как открытую.

Классификация: по тяжести клинических проявлений:

- *1 степень* (низкий или малый риск) – умеренная головная боль или ее отсутствие, тошнота и кратковременная рвота, преходящая потеря сознания (секунды), на поверхности головы могут быть признаки ушиба.
- *2 степень* (средний риск) – потеря сознания более 1 минуты, прогрессирующая головная боль, сонливость, рвота более 3 раз, головокружение, возможна кратковременная потеря памяти. Возможны признаки перелома черепа, повреждение костей лицевого скелета, множественные травмы.
- *3 степень* – неврологические признаки, проникающее ранение черепа.

Факторы риска: дорожно-транспортные политравмы, состояние алкогольного или наркотического опьянения.

Критерии диагностики: Оценка ситуации на месте происшествия, оценка травматогенеза, тщательный осмотр пострадавшего. На основании имеющихся признаков оценить тяжесть черепно-мозговой травмы. *Отмечается превалирование или сочетание следующих признаков:* головная боль, возможно нарушение сознания, головокружение, сонливость, слабость, тошнота, рвота, потеря сознания, стойкая или кратковременная амнезия. Ссадины, гематомы, раны волосистой части головы. Одно- или двусторонние параорбитальные гематомы («очки»). Кровянистые (сукровичные) выделения из носовых ходов, слуховых проходов с одной или обеих сторон. Психомоциональное возбуждение. Судороги, судорожная готовность. Анизокория и нистагм, в том числе в крайних отведениях и самопроизвольный. Асимметрия рефлексов. Нарушение глубины и ритма дыхания, периоды апноэ. Западение нижней челюсти, рвота, аспирация рвотных масс, кашель. Гипертензия, брадикардия. Декомпенсация кровообращения, гипотензия. Тахи (бради)-кардия.

Тактика лечения:

При бессознательном состоянии и рвоте – стабильное боковое положение, которое обеспечивает свободное истечение рвотных масс и профилактику аспирационной пневмонии. *При шоке, терминальном состоянии и клинической смерти* – инфузионная терапия, сердечно-легочная реанимация по показаниям. *При психомоторном возбуждении, судорожном синдроме, судорожной готовности* – атропин 0,1% раствор 0,5-1 мл подкожно, диазепам 0,5% раствор 2-4 мл внутримышечно (внутривенно).

При гипертензионном синдроме – фуросемид 1% раствор 2-4 мл внутривенно.

При болевом синдроме – кеторолак внутримышечно или трамадол 0,5% раствор 2-4 мл (100-200 мг) внутримышечно (внутривенно).

При нарушении внешнего дыхания – санация ротоглотки, воздуховод. *При ранах* - асептические повязки.

После вышеприведенных лечебных мероприятий обеспечить экстренную доставку в ближайший стационар, на носилках в функционально выгодном положении.

Перечень основных медикаментов:

1. *Атропин раствор для инъекций в ампуле (сульфат) 0,1% 1 мл
2. *Диазепам раствор для инъекций в ампуле 10 мг/2 мл
3. *Фуросемид таблетка 40 мг; раствор для инъекций 20 мг/2мл в ампуле
4. *Кеторолак раствор для инъекций 1 мл/30 мг
5. *Трамадол капсула 50 мг; раствор в ампуле 50 мг/1 мл

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап: наличие черепно-мозговой травмы 2-3 степени.

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

Железодефицитная анемия у детей

Код протокола: 16-140a

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: нормализация показателей Hb и общего состояния ребенка, увеличение Hb на 10 г/л или более при лечении препаратами железа через 4 недели

Длительность лечения (дней): 21 (в среднем; обычно лечение проводится до нормализации показателей крови, а затем – поддерживающая терапия в среднем 3-6 мес.).

Коды МКБ:

D53 Другие анемии, связанные с питанием

D50 Железодефицитная анемия

Определение: Железодефицитная анемия - патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина из-за дефицита железа в организме в результате нарушения его поступления, усвоения или патологических потерь.

Клинические признаки характеризуются сидеропеническим синдромом: эпителиальные нарушения (трофические нарушения кожи, ногтей, волос, слизистых оболочек), извращение вкуса и обоняния, астено-вегетативные нарушения, нарушение процессов кишечного всасывания, дисфагия и диспептические изменения, снижение иммунитета.

Классификация.

По содержанию Hb: гипохромные, нормохромные

По патогенезу: острая постгеморрагическая, хроническая

По степени: легкая (Hb 90-110 г/л)

средней тяжести (Hb 60-90 г/л)

тяжелая (Hb < 60 г/л)

Факторы риска:

- недоношенность
- анемия беременной
- глистные инвазии
- низкий социум
- дети, получающие неадаптированные смеси (при искусственном вскармливании)

Критерии диагностики:

нижняя граница нормы гемоглобина у детей:

до 6 лет – 110 г/л

6-12 лет – 115 г/л

12-13 лет 120 г/л.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения

1. До достижения 6 месяцев жизни - исключительно грудное вскармливание
2. Недоношенным детям препараты железа назначаются с 2 мес. (при установленной ЖДА)
3. Терапия ферропрепаратами (соли железа однокомпонентные** и комбинированные препараты, оральные растворы, содержащие более 20 мг/мл соли железа) в течение 4 недель. Если увеличение гемоглобина выше или равно 10 г/л, то лечение продолжить еще 2 месяца, если эффект не отмечается – направить в стационар.
4. Аскорбиновая кислота **по 1 табл. или по 1-2 драже 3 раза в день в течение 4 недель.
5. Диспансерный осмотр – 1 раз в месяц в течение 3-х месяцев, затем - ежеквартально. Через 12 месяцев после нормализации уровня гемоглобина ребенок снимается с диспансерного учета.
6. Фолиевая кислота по 1 табл. 3 раза в день.

7. После окончания курса лечения – прием препарата элементарного железа один раз в неделю 6 месяцев (3 мг/кг элементарного железа)

Перечень основных медикаментов:

1. ** Железа соли, однокомпонентные и комбинации препараты, оральные растворы, содержащие более 20 мг/мл соли железа;
2. **Аскорбиновая кислота 50 мг, 100 мг, табл.; 50мг,100мг драже;
3. Фолиевая кислота 1 мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Препараты элементарного железа 30-60 мг табл.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. резистентная железодефицитная анемия (не поддающаяся лечению)
2. отсутствие эффекта от лечения препаратами железа через 4 недели (увеличение Hb за это время менее чем на 10г/л)
3. дети младшего возраста с уровнем Hb < 90 г/л

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии. Ташкент 2004, 68 с.
2. PRODIGY Guidance - Anaemia - iron deficiency Clinical Practice Guidelines, 2005
3. Screening for Iron Deficiency. Anemia—Including Iron Prophylaxis. Clinical guidelines
4. Iron Deficiency Anaemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers.

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

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях

Инфекции детского возраста с кожными проявлениями

Код протокола:

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа, критерии эффективности лечения:

1. Выздоровление, отсутствие эпидемического распространения заболевания
2. Своевременная диагностика и лечение возникших осложнений
3. Предотвращение осложнений

Коды МКБ:

B05 Корь

B05.9 Корь без осложнений

B01 Ветряная оспа

B01.9 Ветряная оспа без осложнений

A38 Скарлатина

Длительность лечения: от 10 до 21 дня.

Определение: **Корь** – острое высококонтагиозное инфекционное заболевание, вызываемое вирусом кори, характеризующееся интоксикацией и катаральным воспалением дыхательных путей, специфическими высыпаниями на слизистой оболочке рта и пятнисто-папулезной сыпью на коже с переходом в пигментацию.

Ветряная оспа – высококонтагиозное острое вирусное инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства *Herpesviridae*, характеризующееся умеренно выраженной интоксикацией и характерной полиморфной сыпью с наличием везикул на коже и слизистых оболочках.

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, которое вызывается β -гемолитическим стрептококком группы А, характеризующееся внезапным началом, ангиной, мелкоточечной сыпью на гиперемизированном фоне, переходящей в пластинчатое шелушение.

Классификация:

1. По типу:
 - типичная;
 - атипичная.
2. По тяжести:
 - легкая;
 - среднетяжелая;
 - тяжелая.
3. По течению:
 - гладкое;
 - негладкое:
 - с осложнениями
 - с обострением хронических заболеваний
 - с наложением вторичной инфекции

Факторы риска:

1. не получившие вакцинацию и ревакцинацию противокоревую;
2. дети с иммунодефицитом;
3. контакт с больным опоясывающим герпесом (при ветряной оспе);
4. ранний возраст ребенка;
5. отягощенный преморбидный фон.

Критерии диагностики:

1. выявленный контакт с больным
2. **При кори:**
 - нарастающие катаральные явления, поражения слизистой оболочки рта (пятна Бельского-Филатова-Коплика, энантемы);

- этапность появления сыпи (пятнисто-папулезной, склонной к слиянию), переходящей в пигментацию.

3. При ветряной оспе:

- ложный полиморфизм сыпи;
- везикулярная сыпь (появляется «толчками», сопровождающаяся повышением температуры, зудящаяся, локализуется на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, слизистых оболочках; отсутствует на ладонях и подошвах).

4. При скарлатине:

- внезапное начало в связи с выраженной интоксикацией (лихорадка до 40°, рвота, головная боль, сильная слабость);
- ангина;
- мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне (локализация на боковых поверхностях тела, внизу живота, в местах естественных складок; отсутствует в области носогубного треугольника);
- белый налет на языке, который на 2-3 день сменяет «малиновый язык»;
- пластинчатое шелушение кожи (на ладонях и подошвах) с 5-7 дня заболевания.

Основные диагностические мероприятия:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи (при скарлатине).

Дополнительные диагностические мероприятия: нет

Тактика лечения:

Корь:

- изоляция больного до 5 дня от появления высыпаний, при наличии пневмонии – до 10 дня
- разобщение контактных на 21 день;
- гигиена полости рта (полоскание чистой соленой водой, 2% раствором пищевой соды);
- уход за глазами: при гнойном конъюнктивите лечить с помощью тетрациклиновой глазной мази* 3 раза в день в течение 7 дней;
- витамин А* - 1 раз в день – 2 дня (до 6 мес. – 50000 МЕ, 6-11 мес. – 100000 МЕ, 12 мес. и старше – 200000 МЕ);
- при высокой лихорадке – парацетамол* 10-15 мг/кг.

Ветряная оспа – изоляция больного до 5 дня после последнего высыпания.

1. Легкая форма:

– уход за кожей и слизистыми, обильное питье.

2. Среднетяжелая форма:

– уход за кожей и слизистыми, обильное питье, при высокой лихорадке (выше 38,5° С) назначается парацетамол* 10-15 мг/кг;
- ацикловир 200-800, мазь 5% - 2,0.
- обработка элементов сыпи 1% раствором бриллиантового зеленого*.

Скарлатина:

- изоляция больного 10 дней (если ребенок младше 8 лет к этому + 12 дней «домашний режим»);
- антибактериальное лечение (бензатин бензилпенициллина суспензия* по 600 тыс. 2 раза в день в течение 5-7 дней);
- местное лечение ангины (орошение зева раствором фурациллина);
- при высокой лихорадке (выше 38,5° С) - парацетамол* 10-15 мг/кг.

Перечень основных медикаментов:

1. *Парацетамол 500 мг табл.;
2. *Раствор бриллиантового зеленого 1%, 2% 10 мл, 20 мл раствор спиртовой во флаконе;
3. *Тетрациклиновая глазная мазь;
4. *Витамин А 1 мл ампл.; 50 мг раствор в масле в капсуле; 114 мг драже;
5. *Бензатин бензилпенициллина суспензия 1 200 000 ЕД, 2 400 000 ЕД во флаконе, порошок для инъекций.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Ацикловир 200-800 мг табл., мазь 5% - 2,0.

Критерии перевода на следующий этап лечения:

1. выраженная интоксикация, геморрагические проявления, нейротоксикоз;
2. развитие осложнений;
3. дети до года;
4. тяжелые формы заболеваний;
5. дети из многодетных семей, домов ребенка, школ-интернатов.

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

Острый гастроэнтерит у детей

Код протокола: 06-070 а

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Купирование: диарейного синдрома, дегидратации, улучшение самочувствия и аппетита.

Длительность лечения: 7 дней

Коды МКБ: А09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения

А02 Другие сальмонеллезные инфекции

А03 Шигеллез

А08 Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции

А05 Другие бактериальные пищевые отравления

Определение: Диареей называются жидкие испражнения, обычно частые и с увеличением объема стула до > 200 мл/сутки. Острый гастроэнтерит характеризуется диареей с или без симптомов или признаков: тошноты, рвоты, повышения температуры тела и болей в животе. У детей эти симптомы часто отсутствуют, поэтому диагноз ставят при наличии учащенного неоформленного стула.

Классификация:

- 1.- секреторная диарея (нет крови в стуле);
 - инвазивная (кровь в стуле);
2. по степени обезвоживания;
 - нет обезвоживания;
 - умеренное обезвоживание;
 - тяжелое обезвоживание.

Факторы риска:

1. инфекционные агенты: campylobacter, salmonella, shigella, colli, yersinia, простейшие, вирусы;
2. дети младше 5 лет;
3. иммунодефицитные состояния;
4. искусственное вскармливание;
5. недоношенность.

Критерии диагностики:

1. анамнез заболевания (вид вскармливания, наличие диареи, наличие крови в стуле, недавнее лечение антибактериальными препаратами);
2. беспокойство, летаргия/спутанность сознания, запавшие глаза, кожная складка расправляется медленно или очень медленно, пьет с жадностью или не может пить;
3. кровь в стуле;
4. признаки тяжелого нарушения питания;
5. вздутие живота.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. анамнез.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Исследования кала на я/глистов.

Тактика лечения:

1. Лечить ребенка, у которого есть диарея и нет обезвоживания, по плану А:
 - давать жидкость дополнительно (столько, сколько ребенок может выпить) в виде оральных регидратационных средств (ОРС)**: до 2 лет – 50-100 мл после каждого жидкого стула; старше 2 лет – 100-200 мл после каждого жидкого стула;
 - продолжать грудное вскармливание;

- если ребенок не может пить или сосать грудь, состояние ухудшается, появилась лихорадка, то ребенок должен быть осмотрен повторно для коррекции лечения.

2. Лечить ребенка, у которого есть диарея и умеренное обезвоживание, по плану Б:

- в течение 4 часов давать ОРС**:

до 4 мес. – 200-400 мл;

от 4 до 12 мес. – 400-700 мл;

от 12 мес. до 2 лет – 700-900 мл;

от 2 до 5 лет – 900-1400 мл;

- продолжать кормить грудью;

- повторно оценить состояние ребенка и классифицировать обезвоживание по истечении 4 часов, выбрать подходящий план для продолжения лечения.

3. Подключить сульфаметоксазол+триметоприм по 1 табл. 3 раза в день сироп.

4. Если состояние ребенка ухудшается и у него, кроме диареи имеются признаки тяжелого обезвоживания, требуется срочная госпитализация.

Перечень основных диагностических медикаментов:

1.**ОРС порошок для приготовления суспензии для приема внутрь

2.**Сульфаметоксазол+триметоприм 120мг, 480 мг табл.; 240мг/5мл сироп.

Критерии перевода на следующий этап: стационар

Продолжение диарейного синдрома.

Литература, используемая при подготовке протокола:

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Часть 3. М. Медиа Сфера, 2004, с 479-481.
2. PRODIGY Guidance - Gastroenteritis Last revised in October 2003, www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Gastroenteritis.
3. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for children with acute gastroenteritis (AGE). Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2001 Apr. 13 p.
4. Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports November 21, 2003 / Vol. 52 / No. RR-16 Managing Acute Gastroenteritis Among Children Oral Rehydration, Maintenance, and Nutritional Therapy.
5. Gastroenteritis in children, Search date August 2004, Clinical Evidence, BMJ.
6. King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. MMWR Recomm Rep 2003 Nov 21;52 (RR-16):1-16.

** - входит в перечень видов заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам бесплатно и на льготных условиях.

Судороги у детей

Код протокола: 21-1676

Профиль: педиатрический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Длительность лечения (дней): 14

Цель этапа: купирование судорожного синдрома

Определение: Судороги – это внезапные приступы клонических или клонико-тонических произвольных сокращений мышц с потерей или без потери сознания.

Классификация:

- доброкачественные судороги;
- эпилептические;
- судороги при инфекционных заболеваниях;
- судороги, обусловленные метаболическими нарушениями (гипогликемия, гипонатриемия);
- судороги, обусловленные неинфекционными заболеваниями (травма, отравлении, диабетический кетоацидоз, гломерулонефритическая энцефалопатия).

Факторы риска:

- отягощенный акушерский анамнез (осложненные роды, родовые травмы);
- гипогликемия;
- выраженная лихорадка;
- эпилепсия в личном и семейном анамнезе;
- инфекционные заболевания ЦНС (менингит, энцефалит);
- травма головы;
- отравление лекарствами или токсическими препаратами;
- поствакцинальные осложнения;
- низкий уровень кальция, пиридоксина в крови.

Критерии диагностики:

- произвольное сокращение мышц;
- напряженный или выбухающий родничок;
- неестественная поза;
- признаки травмы головы или другие травмы.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (3 параметра);
2. Общий анализ мочи.

Тактика лечения:

Необходимо правильно расположить ребенка:

- Если нет подозрения на травму шеи:
- поверните ребенка на бок для уменьшения риска аспирации;
- держите голову ребенка слегка повернутой и стабилизируйте ее, положив щеку на руку;
- согните одну ногу ребенка для стабилизации положения туловища.
- Если есть подозрение на травму шеи:
- стабилизируйте шею ребенка и оставьте его лежать на спине;
- зафиксируйте лоб ребенка к твердой поверхности для закрепления положения;
- положите пакеты с теплой жидкостью по обеим сторонам головы ребенка для предупреждения поворотов головы.

При рвоте поверните ребенка на бок, сохраняя положение головы на одной линии с туловищем. При наличии лихорадки ($38,5^{\circ}$ и более) – парацетамол*10-15 мг/кг и/или оботрите ребенка водой комнатной температуры, не назначайте оральные препараты до купирования судорог из-за опасности аспирации.

Противосудорожное лечение:

- диазепам* 0,5 мг/кг ректально или в/м у младенцев < 2 месяцев или в/в диазепам 0,2-0,3 мг/кг однократно. Если нет эффекта – через 10мин. после введения – повторить. Максимальная доза 10 мг (при массе тела 20 кг).

Для детей < 2 мес. – раствор фенобарбитала 20 мг/кг. Повторить через 30 мин., если судороги продолжаются. Срочно направить в стационар.

Перечень основных медикаментов:

1. *парацетамол 500 мг, табл.;
2. *диазепам 5 мг, табл.; 10 мг/2мл, амп.

Перечень дополнительных медикаментов:

1. фенобарбитал 20 мг/5 мл, амп.

Критерии перевода на следующий этап лечения: наличие судорог – абсолютное показание для госпитализации.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Deborah G. Hirtz. Febrile Seizures . Pediatrics in Review. <http://www.g-i-n.net/>
2. Лечение судорожных состояний и эпилепсии у детей. КПП. 2004 г. <http://medi.ru>.
3. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 издание. 2002 .
4. Ведение ребенка с серьезной инфекцией или тяжелым нарушением питания. Руководство по уходу в стационаре первого уровня в Казахстане: ВОЗ, МЗ РК, 2003.
5. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. Пер. с англ. ред Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. 2-ое изд., М., ГЭОТАР – МЕД, 2003.

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

Инфекции мочеполовых путей при беременности

Код протокола: 14-140м

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Диагностика асимптомной бактериурии, цистита, пиелонефрита у беременных, проведение оптимального лечения и профилактика асимптомной бактериурии, цистита под контролем лабораторных данных, своевременное лечение пиелонефрита.

Длительность лечения: 7 дней

Коды МКБ:

O23	Инфекции мочеполовых путей при беременности
O23.0	Инфекция почек при беременности
O23.1	Инфекция мочевого пузыря при беременности
O23.2	Инфекция уретры при беременности
O23.3	Инфекция других отделов мочевых путей при беременности
O23.4	Инфекция мочевых путей при беременности неуточненная
O23.5	Инфекция половых путей при беременности
O23.9	Другая и неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности

Определение: Инфекционные заболевания мочеполовых путей, осложняющие беременность, роды и послеродовый период.

Классификация:

1. Бессимптомная бактериурия выявляется у 2-11% беременных – персистирующая бактериальная колонизация органов мочевого выделительного тракта без проявления дизурических симптомов;
2. Острый цистит беременных выявляется у 1,3% беременных;
3. Острый пиелонефрит выявляется у 1-2,5%, хронический пиелонефрит встречается у 10-18% беременных.

Факторы риска:

- Короткая уретра;
- Наружная треть уретры постоянно содержит микроорганизмы из влагалища и прямой кишки;
- Женщины не опорожняют свой мочевой пузырь в полном объеме;
- Поступление бактерий в мочевой пузырь при половом акте;
- Применение антимикробных средств;
- Беременность;
- Низкий социально-экономический статус;
- Кормящие женщины;
- Хронический пиелонефрит в анамнезе.

Критерии диагностики:

1. Клиническая картина (частые, болезненные мочеиспускания, императивные (ложные) позывы к мочеиспусканию, боли в поясничной области, повышение температуры тела, ознобы);
2. Наличие бактерий, лейкоцитов при микроскопии мочи

Перечень основных диагностических мероприятий:

- Исследование с помощью тест-полосок (кровь, белок).
- Микроскопия мочи с целью выявления бактерий, лейкоцитов.
- Консультация врача акушера-гинеколога, терапевта.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения:

При первом обращении беременной к среднему медицинскому работнику необходимо провести бактериоскопическое исследование мочевого осадка с целью выявления бактерий и

лейкоцитов. При выявлении патологических изменений показана консультация акушер-гинеколога и терапевта с целью назначения лечения. Проведение лечения в условиях ФАП возможно только после врачебных назначений.

Перечень основных медикаментов: нет

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап лечения:

- Выявление бактерий, лейкоцитов при микроскопии осадка мочи.
- Наличие клинических признаков (частые, болезненные мочеиспускания, императивные (ложные) позывы к мочеиспусканию, боли в поясничной области, повышение температуры тела, ознобы).

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Инфекционные заболевания в акушерстве и гинекологии. Пособие для врачей и интернов.- Ярославль.- 2003.- с.31
2. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286
3. National Guideline Clearinghouse: Uncomplicated Urinary Tract Infection in Women.- www.guideline.gov

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

Кольпит

Код протокола: 14-140к

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: нормализация показателей мазка.

Длительность лечения: 7 дней

Код МКБ: N 76 Другие виды воспаления влагалища и вульвы

Определение: Кольпит - воспаление слизистой оболочки влагалища, вызванное различными микроорганизмами

Классификация:

Кандидозный вагинит

Бактериальный вагиноз

Атрофический вагинит

Трихомониаз

Факторы риска:

молодой возраст;

частая смена половых партнеров;

множество половых партнеров;

плохие социально-экономические условия;

низкий образовательный уровень;

раннее начало половой жизни;

влагалищные спринцевания;

внутриматочная контрацепция как возможный источник осложнений.

Критерии диагностики:

1. Зуд, жжение, боли, гнойные, пенистые выделения из влагалища;

2. Запах.

3. Гиперемия, отек, петехиальные высыпания на слизистой оболочке влагалища и шейки матки;

4. Повышенное количество лейкоцитов (более 20 в поле зрения) и другая патологическая микрофлора в мазке из влагалища.

Перечень основных диагностических мероприятий:

Тест с гидроксидом калия: нанести несколько капель гидроксида калия на влагалищное зеркало, при наличии бактериального вагиноза появляется сильный рыбный запах.

Микроскопическое исследование мазка (содержание лейкоцитов более 20 в поле зрения).

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

Тактика лечения: Установлено, что чаще всего кольпит вызывают грибковые возбудители, трихоманады, гарднереллы. В связи, с чем необходимо лечение препаратами широкого спектра (тинидазолы - метронидазол) в течение 5-7 дней. Эффективность лечения повышается при совместном лечении обоих половых партнеров. В I триместре беременности использование тинидазолов противопоказано в связи с наличием тератогенных эффектов. Во время беременности (после 12 недель) – местные аппликации 2% крема с клиндамицином.

Перечень основных медикаментов: по назначению врача акушер-гинеколога

1. *Метронидазол 250 мг табл

2. Клотримазол (вагинальные таблетки) 100 мг табл

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

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Клиндамицин 10 мг гель для наружного применения

Критерии перевода на следующий этап лечения: Неэффективность лечения в течение 7 дней

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. National Guideline Clearinghouse: Common Gynecologic Problems: a Guide to Diagnosis and Treatment 2002.- www.guideline.gov

2. National Guideline Clearinghouse: 2002 National Guideline on the Management of Trichomonas Vaginalis.- www.guideline.gov
3. Инфекционные заболевания в акушерстве и гинекологии.- Ярославль.- 2003.- с.31
4. Инфекции, передающиеся половым путем.- Ярославль.- 2000.- с.51
5. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Routine Prenatal Care, 2005, p.80
6. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286

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

Наблюдение физиологической беременности

Код протокола: 14-002а

Профиль: акушерско-гинекологический

Этап: ПМСП(медицинский пункт)

Цель этапа: Нормальное течение беременности и рождение живого доношенного плода.

Длительность лечения: наблюдение в течение всей беременности (40 недель).

Код МКБ: Z34 Наблюдение за течением нормальной беременности

Определение: **Физиологическая беременность** - беременность продолжительностью 37-42 недели (276-294 дня), результатом которой является рождение здорового доношенного новорожденного.

Классификация:

Факторы риска:

Критерии диагностики: Физиологическое течение беременности соответственно сроку гестации.

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Тактика лечения:

Первый осмотр проводят на сроке до 12 недель беременности одновременно с первым медицинским обследованием.

Первое медицинское обследование, проводимое на 12-й неделе беременности:

- Выясняют возраст беременной. Беременную в возрасте до 18 лет и старше 35 лет направляют к врачу акушер-гинекологу. Женщине следует предоставить информацию о дополнительных методах обследования, чтобы она могла участвовать в принятии решения о необходимости их проведения.
- Определяют массу тела беременной. При индексе массы тела более 25,0 следует направить беременную к врачу акушер-гинекологу.
- Определяют срок беременности:
- беременную направляют на УЗИ в 12-14 недель;
- выясняют срок последнего менструального кровотечения, его характер (при необычном характере менструальных выделений следует направить женщину к врачу акушер-гинекологу);
- дата проведения теста на беременность при его положительном результате.
- Регулярность менструального цикла (крайне нерегулярные).
- Принимала ли женщина пероральные контрацептивы (принимала непосредственно перед беременностью).
- Течение предыдущих беременностей. Направить к врачу акушер-гинекологу при:
 - продолжительности предыдущих беременностей менее 36 нед или более 42 нед;
 - преэклампсии, внутрипечёночном холестазе беременных, осложнивших течение предыдущих беременностей ;
 - осложнении родов (кесарево сечение), роды с помощью вакуум-экстракции, узкий таз;
 - страхе родов;
 - если масса тела детей при рождении более 4,5 кг или менее 2,5 кг;
 - при выяснении патологических состояний здоровья родившихся детей (врождённые аномалии, хромосомная патология, рождение мёртвого ребёнка);
 - выявлении предыдущих аборт (2 и более);
 - при приёме лекарственных препаратов во время беременности (злоупотребление лекарственными препаратами, приём тератогенных, психотропных средств);
 - артериальное давление (АД) (часто выше 140/90 мм рт.ст.);
 - инфекциях мочевых путей;
 - при сахарном диабете и другой экстрагенитальной патологии в анамнезе;
- при лечении бесплодия (проводимом перед данной беременностью).
- курении (выраженном пристрастии);

- употреблении алкоголя (злоупотребление).
- профессиональных вредностях;
- социальных проблемах;
- аллергии в анамнезе;
- операциях на матке.

Осмотр в зеркалах, целью которого в первую очередь служит выявление возможных инфекций.

- Для определения длины шейки матки бережный осмотр в зеркалах можно проводить во время каждого визита беременной. Также осмотр в зеркалах позволяет определить открытие шейки матки и плодный пузырь.

• Проводят исследование влагалища и наружного зева шейки матки на наличие инфекций (эрозия шейки матки, выделения из половых путей с запахом). При необходимости выполняют тест с раствором гидроксида калия на появление рыбного запаха в выделениях из влагалища после добавления капли раствора непосредственно на нативный препарат, а также исследуют влагалищный мазок под микроскопом. При наличии зуда во влагалище для обнаружения грибов, при наличии кровянистых выделений из цервикального канала в момент осмотра или если больная жалуется на них, необходимо направить беременную к врачу в поликлинику.

Размеры и положение матки

Табл. 1. Размеры матки во время беременности

Неделя беременности	Размеры матки
6-я	Заметного увеличения размеров матки нет
8-я	9 см
12-я	12 см
16-я	Дно матки находится на середине расстояния между верхним краем лобкового симфиза и пупком
20-я	Дно матки находится на уровне пупка

- При несоответствии размеров матки с длительностью аменореи необходимо направить женщину к врачу в поликлинику.

- Следует определить сердцебиение плода (120-140 уд/ мин).
- Беременной объясняют, что нормальная беременность может длиться 42 нед.
- Направить на лабораторное исследование в поликлинику (СВА) (анализ крови, анализ мочи, RW, ВИЧ и т.д.).

Контрольный осмотр на сроке (22)-24-(26) неделе беременности

- Цель осмотра — оценка степени риска возникновения преждевременных родов.
- Во время осмотра важно проводить измерение высоты стояния дна матки, окружности живота (возможна многоплодная беременность).
- При указании в анамнезе беременной на возможность возникновения преждевременных родов её направляют на медицинское обследование к врачу акушер-гинекологу.
- Направить в поликлинику на УЗИ в 20-22 недели (для исключения ВПР).

Второе медицинское обследование, проводимое на сроке (26)-28-(30) неделе беременности

- На этом сроке беременности необходимо окончательно подтвердить наличие многоплодной беременности с помощью измерения высоты стояния дна матки и окружности живота. Кроме того, при втором медицинском обследовании необходимо целенаправленно выявлять признаки преэклампсии.
- Женщин, ранее имевших беременность, просят сравнить размеры плода настоящей беременности с аналогичными при предыдущей беременности на тех же сроках.
- Во время обследования выясняют:
- насколько беременная справляется с выполнением работы;

- причины чрезмерного увеличения массы тела (преэклампсия).
- Акушерское обследование.
- Размеры матки (допустимо отклонение не более чем на 2 см от средних значений).
- Предлежание плода (поперечное или ягодичное предлежание может указывать на аномалию развития матки).
- Размер плода соотносят с его массой или характеризуют следующим образом:
м — малые размеры плода относительно срока беременности;
н — нормальные размеры плода относительно срока беременности;
б — большие размеры плода относительно срока беременности.
- направить беременную к врачу в поликлинику на УЗИ и лабораторное исследование (анализ крови, анализ мочи, RW, мазок на степень чистоты влагалища).

Контрольный осмотр на сроке (30)-32-(33) нед беременности

- Цель этого осмотра — подтверждение роста плода, для чего измеряют высоту стояния дна матки.
 - Оценка размеров плода (см. выше).
 - Установление предлежания плода (возможно ягодичное предлежание).
 - Подсчёт движений плода.
 - Движения подсчитывают в течение 1 ч перед сном. Нормой считают по меньшей мере 10 движений плода, совершённых в течение 1 ч. Если количество движений плода меньше 10, их подсчёт продолжают ещё в течение 1 ч и, если не определяют; по крайней мере 10 отчётливых движений плода, беременную следует направить непосредственно в женскую консультацию. Движения плода также можно подсчитывать в течение дня.
 - Взвешивание беременной, измерение АД, определение белка в моче экспресс - методом.
- Третье медицинское обследование**, проводимое на сроке (35)-36-(37) нед беременности.
- Цель обследования — установление возможного ягодичного предлежания плода, подтверждение роста плода.

-Обращают внимание на следующие признаки:

- Двигательная активность плода.

Акушерское обследование.

- Размеры матки (допустимо отклонение не более чем на 2 см от средних значений).
- Наружные половые органы (при подозрении на герпетическую инфекцию, т. е. при наличии пузырьковых высыпаний или язвочек, необходимо проинформировать об этом беременную и направить к врачу в поликлинику).
- Состояние наружного зева шейки матки.
- Предлежание плода (ягодичное).
- Размеры плода (см. выше).
- Направить в поликлинику (СВА) для лабораторного исследования (анализ крови, анализ мочи, RW, мазок на степень чистоты влагалища).

Осмотр через 5-12 нед после родов

- Первый патронаж проводится через 7-10 дней после выписки из роддома.
- Гинекологическое исследование:
- При наличии признаков инфекции следует направить к врачу акушер-гинекологу.
- Измеряют АД.
- Цели послеродового осмотра:
- Определение необходимости приёма противозачаточных средств и выбор метода контрацепции.
- При необходимости определения уровня гемоглобина в крови, СОЭ направить в поликлинику (СВА);
- При подозрении на наличие у ребёнка какой-либо патологии наследственного характера необходимо направить женщину на консультацию к врачу.

Перечень основных медикаментов:

1. ** Железа соли одноконтпонентные и комбинированные препараты, капсулы, драже, таблетки, содержащие не менее 30 мг железа
2. *Калий иодид 100 мг, 200 мг табл.

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии эффективности лечения: Нормально протекающая беременность и рождение живого доношенного плода.

Критерии перевода на следующий этап: консультация врача, осложнение беременности.

Литература, использованная при подготовке протокола:

1. Routine Prenatal Care ICSI Management of Labor Guidelines for hospital-based care. August 2005, 80 p.
2. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. October 2003
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