

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

# **ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

(Для организаций, оказывающих  
первично медико-санитарную помощь)

## **ББК 51.1(2)2**

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.

**ISBN 9965-15-619-0**

**© НЦМЭПЗ**

## Авторский коллектив

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

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

### *Акушерско-гинекологический профиль:*

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

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

### *Педиатрический профиль:*

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

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

### *Терапевтический профиль:*

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

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

### *Хирургический профиль:*

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

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

# АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

---

## 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, познাবливание, 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°С);

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, incorpo-

rated 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:**

Физиологическая аменорея:

До наступления пубертатного периода;

Во время беременности;

Лактационная аменорея;

После наступления менопаузы;

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:
<p>При наличии вторичных половых признаков:</p> <p>Задержка физического развития;</p> <p>Аномалии мочеполовых органов (атрезия девственной плевы, поперечная перегородка во влагалище, аплазия влагалища, матки);</p> <p>Андрогенная нечувствительность (генотип ХУ, тестикулярная феминизация);</p> <p>Синдром резистентных яичников.</p> <p>При отсутствии вторичных половых признаков:</p> <p>Дисфункция гипоталамуса (хронические заболевания, анорексия, потеря веса, стрессовая);</p> <p>Недостаточность гонадотропной функции (синдром Кальмана, изолированная недостаточность гонадотропного релингина);</p> <p>Гидроцефалия;</p> <p>Новообразования питуитарной зоны гипоталамуса;</p> <p>Гипопитуитаризм;</p> <p>Гиперпролактинемия;</p> <p>Недостаточность гонад (дисгенезия/агенезия яичников, преждевременное старение яичников);</p> <p>Гипотиреозидизм.</p> <p>Экстрагенитальные заболевания:</p> <p>Врожденная адренальная гиперплазия;</p> <p>Маскулинизирующие опухоли;</p> <p>Недостаточность 5-альфа-редуктазы.</p>	<p>При отсутствии чрезмерной выработки андрогенов:</p> <p>Физиологическая (при беременности, лактационная, постменопаузальная);</p> <p>Ятрогенная аменорея (инъекции медроксипрогестерон ацетата с целью контрацепции, лучевая терапия, химиотерапия);</p> <p>Системные заболевания (хронические заболевания, гипо- или гипертиреозидизм);</p> <p>Маточные причины (стеноз цервикального канала, синдром Ашермана (внутриматочные сращения);</p> <p>Яичниковые причины (преждевременное старение яичников, синдром резистентных яичников);</p> <p>Гипоталамические причины (потеря веса, физические нагрузки, стрессы, хронические заболевания, идиопатическая аменорея);</p> <p>Заболевания гипофиза (гиперпролактинемия, гипопитуитаризм, синдром Шихана);</p> <p>Гипоталамо/гипофизарные причины (новообразования, последствия лучевой терапии, травмы головы, саркоидоз, туберкулез).</p> <p>При наличии чрезмерной выработки андрогенов:</p> <p>Синдром поликистозных яичников;</p> <p>Синдром/болезнь Кушинга;</p> <p>Поздно проявившаяся врожденная адреногенитальная гиперплазия;</p> <p>Маскулинизирующие опухоли яичников или надпочечников.</p>

## 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 гематокольпос, 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:	Вторичная аменорея:
<p>Тест на беременность или наличие хорионического гонадотропина в крови;</p> <p>ультразвуковое исследование органов малого таза (наличие или отсутствие матки, яичников, наличие обструкции половых путей, признаков синдрома поликистозных яичников);</p> <p>Кариотипирование по показаниям (синдром Тернера 45X0 или тестикулярная феминизация 46XY);</p> <p>Концентрация фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (высокий уровень является признаком синдрома Тернера или тестикулярной феминизации; при низком уровне гормонов следует исключить стресс, физические нагрузки, быструю потерю веса);</p> <p>Концентрация гормонов щитовидной железы (гипо- или гипертиреоз);</p> <p>Уровень пролактина (гиперпролактинемия);</p> <p>Уровень тестостерона (аплазия матки или синдром поликистозных яичников).</p>	<p>Тест на беременность или наличие хорионического гонадотропина в крови;</p> <p>Концентрация фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов, пролактина, гормонов щитовидной железы;</p> <p>Уровень тестостерона у пациенток с проявлениями гирсутизма;</p> <p>Уровень белка, связывающего половые гормоны;</p> <p>Уровень эстрадиола;</p> <p>ультразвуковое исследование органов малого таза;</p> <p>Магнитно-ядерный резонанс или компьютерная томография черепа;</p> <p>Исследование полей зрения;</p> <p>Концентрация 17-кетостероидов в моче;</p> <p>Гистероскопия;</p> <p>Тест супрессии дексаметазона по показаниям;</p> <p>Кариотипирование по показаниям;</p>

**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 послеродовый 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, гематокрита 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. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
7. National Collaborating Center for Women’s and Children’s Health. Antenatal Care: Rutine 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

## №97.9 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-anamnestические 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:
- влажалищный 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: пролактин, 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 послеродовый период, не связанные с нарушениями механизмов коагуляционного звена:

- Тромбофилия (врожденная, недостаточность антитромбина, недостаточность протеина C, 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 послеродовый период, не связанные с нарушениями механизмов коагуляционного звена:

антифосфолипидный синдром.

## Факторы риска:

Предшествующие факторы риска: 1. Предшествующие эпизоды венозной тромбозии; 2. Тромбофилия (врожденная, недостаточность антитромбина, недостаточность протеина C, S); 3. Фактор V Лейдена (вариант гена протромбина, антифосфолипидный синдром, волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела); 4. Возраст беременной более 35 лет; 5. Ожирение (индекс массы тела более 30) в ранние сроки беременности; 6. Паритет более 4 беременностей; 7. Выраженная варикозная болезнь; 8. Паралегия; 9. Серповидно клеточная анемия; 10. Воспалительные заболевания; 11. Некоторые медикаментозные нарушения (нефротический синдром, сердечная патология); 12. Миелопролиферативные заболевания (эссенциальная тромбоцитемия, истинная полицитемия);	Факторы риска при беременности: 1. Беременность; 2. Хирургические процедуры при беременности или после родов (эвакуация задержавшихся остатков последа, послеродовая стерилизация); 3. Чрезмерная рвота беременных; 4. Дегидратация; 5. Синдром гиперстимуляции яичников; 6. Тяжелые инфекции (пиелонефрит); 7. Имобилизация (более 4 дней постельного режима); 8. Преэклампсия; 9. Массивная кровопотеря; 10. Длительная транспортировка; 11. Пролонгированные роды; 12. Оперативное родоразрешение (полостные акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода); 13. Имобилизация 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 ве-

нозным 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 C,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 тромбозе – 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. родовая госпитализация в сроках 36-37 недель.

**Литература, использованная при подготовке протокола:**

1. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. Setting Standard 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 Standard to Improve Women's Health. Thromboembolic Disease in Pregnancy and Puerperium: Acute Management. Evidence-based Clinical Guideline #28, 2001, p.13
3. SOGC Clinical Practice Guidelines: Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders.- #163, July, 2005.- p.707-718
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

## 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;
    - переносная 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:
  - кровотоков в пупочной артерии;
  - кровотоков в маточных артериях;
  - кровотоков 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](http://www.guideline.gov)
2. National Guideline Clearinghouse: ACR Appropriateness Criteria for Growth Disturbances: Risk of Intrauterine Growth Restriction.- [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
3. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Setting Standart to Improve Women’s Health – The Investigation and Management 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 заболевание 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, tuboovариальное 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 tuboovариального 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 приема норфлоксацина 800 мг или ципрофлоксацина 500 мг однократно, а затем продолжить лечение приемом 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 прием 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 партнеров 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, 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 протеи-

- нурией
- О13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии
- О14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией
- О15 Эклампсия
- О16 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 диастоли-

- ческого - 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.

**(Презклампсия 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 презклампсии развиваются клонико-тонические судороги.
  4. Презклампсия, наслонившаяся 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. -первородимые;
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 удается 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 E<sub>2</sub>.

#### **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 Standart to Improve Women's Health Managment of Eclampsia Pre-eclampsia – Study Group Recommendations
3. Scottish Obstetric Guidelines and Audit Project. Managment of Non-proteinuric Hypertension in Pregnancy
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Rutine 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: Rutine 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 мочевыделительного 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. Беременной 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 Management of Uncomplicated Pregnancy.- [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
5. National Guideline Clearinghouse: Uncomplicated Urinary Tract Infection in Women.- [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
6. National Guideline Clearinghouse: Screening for Asymptomatic Bacteriuria – Recommendation Statement - [www.guideline.gov](http://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, эксфолиации, 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](http://www.guideline.gov)
4. National Guideline Clearinghouse: Diseases Characterized by Vaginal Discharge. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002.- [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
5. National Guideline Clearinghouse: Common Gynecologic Problems: a Guide to Diagnosis and Treatment 2002.- [www.guideline.gov](http://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 - доброкачественный 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, дисменорреи; 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. Хайтова. — 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 массе 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, внутripечёночный холеста́з 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, про водят УЗИ, тест на толерантность к глюкозе).
- Состояние здоровья родившихся детей (врождённые аномалии, хромосомная патология, рождение мёртвого ребёнка).
- Предыдущие аборты (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, наслед-

ственное 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 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).
- 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. Хайтова. — 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:** 13-125а

**Профиль:** акушерско-гинекологический

**Этап:** поликлиника

**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 функционально-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 х 3 раза в день, 3-5 дней, окситоцин 5 ЕД в/м х 2-3 раза в день 3-5 дней. При отсутствии эффекта до 3 дней и умеренных кровянистых выделениях, при гиперплазии эндометрия - этинилэтрадиол+норгестрел по схеме. В зависимости от вида нарушения менструального цикла дополнительно назначается бромкриптин, 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. \*Бромкриптин 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:** поликлиника

**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 элективные 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. дородовая 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](http://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 Standart 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. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
8. 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.

## 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  $\beta$ -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 В6) 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. RODIGY 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 над-

почечников, 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](http://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:** поликлиника

**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. (остается 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 капсулы 100 мг по 2 капсулы 1 раз в сутки в течение 7 дней
6. \*Декстран, мол.масса около 35000, р-р д/инфуз флакон 200мл
7. Кристаллоидные растворы флакон 400 мл
8. Декстроза, р-р д/и 5% флакон 400мл
9. \*Флуконазол, капсулы 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 ципрофлоксацин 500 мг однократно,
12. Клиндамицин 600 мг каждые 8 ч.  
Начинают с комбинации цефалексина по 500 мг и метронидазола по 400 мг 3 раза в сутки.
13. \*Итраконазол капсулы 100 мг по 2 капсулы 1 раз в сутки 3 дня
14. Гиосцин бутилбромид (драже 10 мг Раствор для инъекций: 1 мл в ампулах)

**Перечень основных медикаментов:**

1. Метамизол натрия, ампулы
2. \*Метронидазол 100мл, флакон
3. Метронидазол 250 мг табл
4. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл - 10 мг\мл,
5. \*Итраконазол 100 мг капсулы
6. Декстран, мол.масса около 35000, р-р д/инфуз флакон 200мл
7. \*Декстроза раствор д/и 5% 400мл флакон
8. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций 5%, 10% в ампуле 2 мл, 5 мл
9. \*Флуконазол 150мг, капсулы
10. \*Доксициклин 100 мг капсулы
11. Ципрофлоксацин 500 мг табл
12. Клиндамицин 150 мг, 300 мг капсулы
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, tubo-овариальный 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:** поликлиника

**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 эндометриоидных 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:

Медроксипрогестерон 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: ebm00-545 (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

## Инфекции мочеполовых путей при беременности

**Код протокола:** 14-140м

**Профиль:** акушерско-гинекологический

**Этап:** ПМСП (МП)

**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 мочевыделительного 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 акушера-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](http://www.guideline.gov)

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

## Кольпит

**Код протокола:** 14-140к

**Профиль:** акушерско-гинекологический

**Этап:** ПМСП (МП)

**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

Трихомоноз

Факторы риска:

молодой возраст;

частая смена половых партнеров;

множество половых партнеров;

плохие социально-экономические условия;

низкий образовательный уровень;

раннее начало половой жизни;

влагалищные спринцевания;

внутриутробная контрацепция как возможный источник осложнений.

### **Критерии диагностики:**

1. Зуд, жжение, боли, гнойные, пенные 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 гриб-

ковые 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](http://www.guideline.gov)
2. National Guideline Clearinghouse: 2002 National Guideline on the Management of Trichomonas Vaginalis.- [www.guideline.gov](http://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. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80
6. 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

## Наблюдение физиологической беременности

**Код протокола:** 14-002а

**Профиль:** акушерско-гинекологический

**Этап:** ПМСП (МП)

**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, внутривенном холестаза 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 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 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

# ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

---

## Астма у детей

**Код протокола:** 04-044

**Профиль:** педиатрический

**Этап:** ПМСП

**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 объёмная скорость выдоха);
  - повышение (по крайней мере на 15%) PEF во время терапевтической процедуры;
  - значительное улучшение  $FEV_1$  или PEF (или mid-expiratory flow at 50% of forced vital capacity,  $MEF_{50}$ ) в бронходилатационном тесте;
  - значительное снижение  $FEV_1$  (объём 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, бронхолит, 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 бета<sub>2</sub> – 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 бета<sub>2</sub> агонисты\* по необходимости или фиксированные комбинации препаратов в одном ингаляторе

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 бета<sub>2</sub> агонисты длительного действия
2. оценить ответ на ингаляционные бета<sub>2</sub> агонисты длительного действия
3. хороший ответ на терапию – продолжать терапию
4. есть эффект от ингаляционных бета<sub>2</sub> 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 бета<sub>2</sub> агонистами длительного действия – прекратить терапию. Попробовать монтелукаст или SR тео-

филлин\*\* капс. 100 мг

Шаг 4 постоянные 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
3. 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;
2. \*\*Беклометазон флакон 200 доз;
3. \*\*Флютиказон 50 мкг 1 доза во флаконе 120;
4. \*\* Салметерол 25 мкг/доза, аэрозоль для ингаляции;
5. \*\*Теофиллин 300 мг табл./ 100 мг, 200 мг,300 мг капсулы; 350 мг капсула ретард;
6. глазные капли (\*Кромоглициевая кислота 1 мг, 5 мг);
7. \*Ипратропия бромид 100 мл аэрозоль;
8. \*Ипратропиум бромид 21 мкг + Фенотерола гидробромид 50 мкг
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 astmaticus, 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](http://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](http://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](http://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:** В01 Ветряная оспа

В01.9 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. Бацинского 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 > 200мл/сут.

Эпидемиология. В промышленно развитых странах причиной спорадических случаев диареи оказываются микроорганизмы родов *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Esherichia coli*, *Yersinia*, простейшие, вирусы. Более чем в половине случаев причину диареи установить не удается.

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, бактерийвыделители;
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	15лет 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

<b>Препарат</b>	<b>Суточная доза</b>
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.3рзав 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](http://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 1кг 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 фурациллина\*, 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. \*Фурациллина 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 (МП)

**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 гастроэнтеролога.

### **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 Ht 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 мультивитаминно – 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:

<b>Возраст</b>	<b>Доза препарата элементарного железа (мг)</b>
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:** В05.9 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, абортивная, стертая бессимптомная);
2. По тяжести: легкая форма, среднетяжелая форма, тяжелая форма;
3. По течению: - гладкое;  
- негладкое (с осложнениями, с наслоением 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 капсул.; 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. наслоение 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 отделении 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 x 2-4 раза в сутки.

**Перечень основных медикаментов:**

2. \*Дексаметазон 0,5 мг, 1,5 мг, табл.;
3. \*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](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 management 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 течения 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;
5. 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.
6. 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, зверо-

бой, 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:**

1. «Справочник по неврологии детского возраста». Под ред. Лебедева Б.В. М., 1995 г.;
2. «Справочник врача общей практики». Дж. Мерта, 1998 г.;
3. «Детская психоневрология». Под ред. Булаховой Л.А. Киев, 2001 г.;
4. «Лечение заболеваний нервной системы». Учебное пособие Российская Медицинская Академия Последипломного Образования. Москва, 2002 г.;
5. «Клиническая психиатрия». Руководство для врачей. Каплан Г., Седок Б. М., 1998 г.;
6. Tonge V. Behavioral emotional and psychosomatic disorders in children and adolec. Sydney 1991-92.;
7. Jarman R. Sleep problems. In Australian Paediatric Review 1992. 2(2): 1-2.;
8. Robinson M. Practical Paediatrics (2<sup>nd</sup> edition) Melbourne:1990.;
9. Шамансуров Ш.Ш с соавт. «Детская неврология». Ташкент, 1995 г.;
10. «Клинические рекомендации для практических врачей». Глав. ред. академик РАМН Денисов И.Н. с соавт., 2002 г.;
11. Доскин В.А., Тонкова–Ямпольская Р.В. Новый метод реабилитации детей с различными нарушениями поведения. Вопросы современной педиатрии. № 2. 2003. <http://pdateam.ru>
12. Зыков В.П. Клиническая систематизация тиков у детей. <http://pdateam.ru>
13. Коффи Б., Шейдер Р. Тик. Пер. с англ. – М., Практика, 1998. <http://pdateam.ru>
14. Dr. IRENA KAFFEMANIENE. THE EMOTIONAL DEVELOPMENT OF VISUALLY IMPAIRED CHILDREN. SIAULIAI UNIVERSITY. <http://www.icevi-europe.org/>
15. 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>.
16. В кн. Основы клинической психологии. Ч. 1., р. 5. [www.bookap.net](http://www.bookap.net)
17. Patrick D McGorry. Evidence based reform of mental health care. September, 2005. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
18. Шкловский В.М. Психотерапия в комплексной системе лечения неврозов. [info2005logoped.info](http://info2005logoped.info)
19. 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:** 04-044а

**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 салбутамолом применяют только детям от 1 года в дозах: ингаляции 0,2-0,3 мг/кг/сут или по 1-2 дозы 2-4 раза в сутки, а также в капсулах 2,0 мг по 1 капс. 3р в день.

### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*\* Амброксол 30,0 мг табл., 15 мг/5,0 или 30 мг/5,0 сироп;
2. \*\* Амоксициллин + клавулановая кислота 625 мг табл.; 600 мг во флаконе, раствор для инъекций.
3. \*\* Амоксициллин 500-1000 мг табл.; 250-500 мг капсула; 250 мг/5 мл пероральная суспензия;
4. \*\* Парацетамол 500 мг табл.;
5. \*\* Сальбутамол 100 мкг/доза; 2 мг, 4 мг 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 (< 15лет)

**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, 9<sup>th</sup> 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. – 1248 с.

\* – 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:** 1-117а

**Профиль:** педиатрический

**Этап:** ПМСП (МП)

**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-гназначают 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. \*Цефуросим 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 250 мг/5 мл; 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 (МП)

**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 аномалия 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  $\geq 60$  в минуту;
  - от 2 мес.-12 мес  $\geq 50$  в минуту;
  - от 12 мес до 5 лет  $\geq 40$  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 капс.; 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, 17.1.20-05
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 (МП)

**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 иммуноде-

- фицитом, 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, расположенные 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. Пропрофол 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 реЮ.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;
- опухольный;
- 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.г./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 - 125 мг 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, капсул.; 250 мг/5 мл, пероральная суспензия;
2. \*Ампицилин + 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 капсул.; 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 капсул. 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](http://www.osp.ru)
3. Назарова Л.С. Циститы. Методическое руководство. [www.med2000.ru/mps/cistit4.htm](http://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. Treatment options in adults and children. 2005. <http://www.clinicalevidence.com/ce-web/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:**

Z91 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 вслед-

ствии 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 иными 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, инцизуальный 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 возникли 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 10-0мг 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. Нарастивание 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 сульгиам (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, 100 мг 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. Phentoin 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 Hress 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

## Железодефицитная анемия у детей

**Код протокола:** 16-140а

**Профиль:** педиатрический

**Этап:** ПМСП (МП)

**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 1табл.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 железodefицитная 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 железodefицитной 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 (МП)

**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  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А, характеризующееся внезапным

началом, ангиной, мелкоточечной сыпью на гиперемированном 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 наслоением 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 сливанию), 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 амп.; 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 (МП)

**Цель этапа:** Купирование: диарейного синдрома, дегидратации, улучшение самочувствия и аппетита.

**Длительность лечения:** 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 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 сим-

птомы 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](http://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.

## Острый гастроэнтерит у детей

**Код протокола:** 06-070 а

**Профиль:** педиатрический

**Этап:** МПСП (МП)

**Цель этапа:** Купирование: диарейного синдрома, дегидратации, улучшение самочувствия и аппетита.

**Длительность лечения:** 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 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](http://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 (МП)

**Длительность лечения (дней):** 14

**Цель этапа:** купирование судорожного синдрома

**Определение:** Судороги – это внезапные приступы клонических или клонико-тонических непроизвольных 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:**

- непроизвольное 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° 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

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

---

## 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  $\leq 2$  раз в неделю; отсутствие и нормальные показатели ПСВ (пиковая скорость выдоха) между обострениями, количество симптомов ночью  $\leq 2$  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 актив-

ность; ночные симптомы > 2 раз в месяц; ОФВ1 или ПСВ ≥ 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 β2-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 дифференциаль-

ной 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 бронхопротокатором

**Тактика лечения:** Исключить контакт с причинным аллергеном, влияния неспецифических

Раздражителей (курения, профессиональной вредности, поллютантов, резких запахов и др.).

Купирование приступов: ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты быстрого действия (сальбутамол, фенотерол);  $\beta_2$ -агонисты длительного действия с быстрым началом действия (сальметерол, формотерол); ингаляционные холинолитики (ипратропия бромид); комбинированные ЛС, включающие холинолитики и  $\beta_2$ -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  $\beta_2$ -агонисты быстрого действия, но не чаще 3-4 раз в день, фиксированная комбинация фенотерола и ипратропия бромида.

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  $\beta_2$  –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 бромиды 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  $\beta_2$ -агонист длительного действия (сальметерол, формотерол), фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромиды; плюс один или более из следующих препаратов, если это необходимо: теофиллин замедленного высвобождения, антилейкотриеновый препарат, пероральный  $\beta_2$  агонист длительного действия, пероральный ГКС.

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

Больным с вязкой мокротой<sup>А</sup> назначают муколитики (амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин).



### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*\*Бекламетазон аэрозоль 200 доз
2. \*Ипратропия бромид аэрозоль 100 доз
3. Ипратропиум бромид 21 мкг + Фенотерола гидробромид 50 мкг
4. \*Кромоглициевая кислота аэрозоль дозированный 5 мг; капсула 20 мг
5. \*\*Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; капсула 2 мг, 8 мг; раствор для небулайзера 20 мл
6. \*\*Теофиллин таблетка 100 мг, 200 мг, 300 мг; капсула 100 мг; 200 мг; 300 мг; капсула ретард 350 мг
7. \*Фенотерол аэрозоль 200 доз
8. \*Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл
9. \*\*Преднизолон, таблетка 5 мг; раствор для инъекций 30мг/1 мл
10. Буденосид 100 мг, аэрозоль

### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*\*Флютиказон аэрозоль 60 доз, 120 доз (или их комбинация: салметерол, флютиказона 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 *Hp*.
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 *Hp*-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<sup>В</sup>, так как может способствовать дос-

тижению 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 мезаприд 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 15 мл, 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.Хайтова. – 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

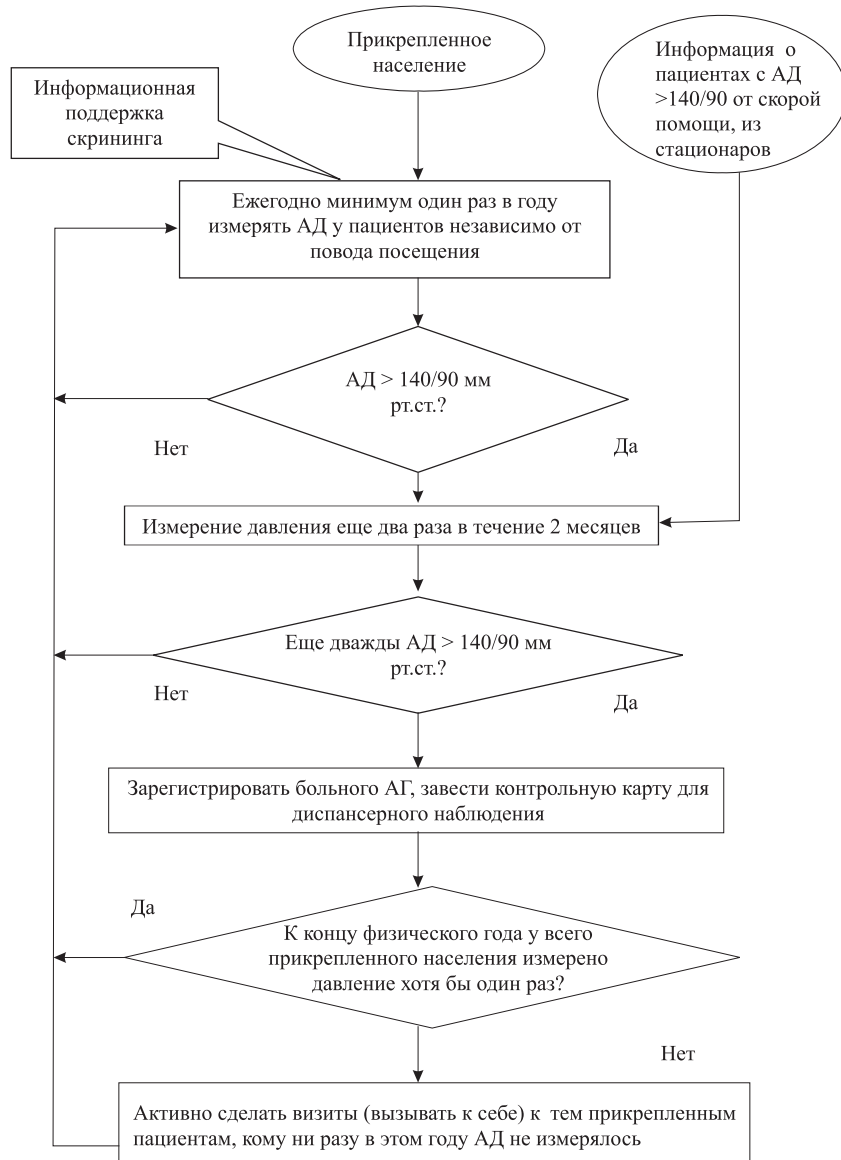
**Профиль:** терапевтический

**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 гипертония** - 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 предгипертония 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
<p>1. Используемые для стратификации риска</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ввеличина САД и ДАД (степень 1-3)</li> <li>• Возраст               <ul style="list-style-type: none"> <li>- мужчины &gt;55 лет</li> <li>- женщины &gt; 65лет</li> </ul> </li> <li>• Курение</li> <li>• Уровень общего холестерина крови &gt; 6,5 ммоль/л</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Семейные случаи раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний</li> </ul> <p>2. Другие факторы, неблагоприятно влияющие на прогноз*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сниженный уровень холестерина ЛПВП</li> <li>• Повышенный уровень холестерина ЛПНП</li> <li>• Микроальбуминурия (30-300 мг/сут) при сахарном диабете</li> <li>• Нарушение толерантности к глюкозе</li> <li>• Ожирение</li> <li>• Сидячий образ жизни</li> <li>• Повышенный уровень фибриногена в крови</li> <li>• Социально-экономические группы с высоким риском</li> <li>• Географический регион высокого риска</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография)</li> <li>• Протеинурия и/или небольшое повышение креатинина плазмы (106 – 177 мкмоль/л)</li> <li>• Ультразвуковые или рентгенологические признаки теросклеротического поражения сонных, позвоночных и бедренных артерий, аорты</li> <li>• Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки</li> </ul>	<p>Церебро-васкулярные заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ишемический инсульт</li> <li>• Геморрагический Инсульт</li> <li>• Транзиторная ишемическая атака.</li> </ul> <p>Заболевания сердца:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт миокарда</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Роеваскуляризация коронарных сосудах;</li> <li>• Застойная сердечная недостаточность.</li> </ul> <p>Заболевания почек</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диабетическая Нефропатия</li> <li>• Почечная недостаточность (креатинин &gt; 177 мкмоль/л).</li> </ul> <p>Сосудистые заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расслаивающая аневризма</li> <li>• Поражение Периферических артерий с клиническими проявлениями.</li> </ul> <p>Выраженная гипертоническая ретинопатия</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Геморрагии или экссудаты;</li> <li>• Отек соска зрительного нерва.</li> </ul>

\* 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	Артериальной давление, мм.рт.ст.		
	<b>Степень 1</b> САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	<b>Степень 3</b> 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 и/или сахарный диабет	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
IV. Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния	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 гипертонии;
- отсутствие снижения АД на фоне комбинированной многокомпонентной терапии;
- АД выше 150/100 мм.рт.ст. у беременных;
- Необходимость оценки трудоспособности больного и исключения симптоматической гипертонии.

**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 гипертонии
3. стратификация риска АГ (определение степени повышения АД, выявление устранимых и неустраимых 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, семенного 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 гипертоний)

- 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. рекомендуйте 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.);
  - рекомендуйте 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 кг/м<sup>2</sup>) 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
- Облечивающие 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 кратковременно 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 АТ1-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<sup>В</sup>. В частности, кандидатами являются пациенты старше 50 лет с контролируемой АГ в сочетании с поражением ольганов-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 удастся 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, 02-0,4 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. Guedelines 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. Окороков 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) преходящий 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](http://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](http://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 мелкофестончатыми очертаниями, с умеренным шелушением на поверхности; положительная проба Бальзера с 5% р-ром йода.; обнаружение в чешуйках элементов гриба.
3. Трихоспория узловатая (пьедра): наличие на поверхности волос узелков овальной, веретенообразной или неправильной формы; цвет варьирует от белого до светло-коричневого (белая пьедра) и черного цвета (черная пьедра); 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 онихо-

грифоза, 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 крышкой, которые легко вскрываются и образуют эрозии, эрозивные участки имеют малиновый цвет с фиолетовым или ликвидным оттенком; влажная поверхность имеет характерный лаковый блеск. Кандидоз ногтевых валиков и ногтей: отечность, 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 пора-

жении 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, капсулы 100 мг): 100 мг/сут.- 2 нед. 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 100 мг, капсулы
2. \*Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
3. Тербинафин 250 мг, 125 мг, таблетки
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, Esherichia 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-додecilсульфата (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. Prology guidance/Managment of acute infective gastroenteritidis. 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 анемия

**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 анемия

D50.0 Постгеморрагическая (хроническая) анемия

D50.8 Другие железодефицитные анемии

D50.9 Железодефицитная анемия неуточненная

**Определение:** Железодефицитная анемия (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 выявлены<sup>2</sup>, 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 питания<sup>1</sup>. 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 анемия, гастральная или анэнтеральная железодефицитная анемия, ЖДА беременных, ранний хлороз, поздний хлороз.

Основные проявления манифестных декомпенсированных форм дефицита железа:

- гипохромная анемия, 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 гематокри-

та, 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/л<sup>4</sup>. При определении индекса “растворимый рецептор трансферрина/ферритин” (TfR) значение TfR > 2/3 мг/л является точным показателем дефицита железа<sup>2</sup>.

Показания для лечения на поликлиническом этапе: анемии легкой и средней тяжести (НВ 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 переносимости пероральной терапии.

симости, 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)<sup>3</sup>.

#### **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 недостаточности<sup>3</sup>.

#### **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, дислиппротеинемия, 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 мононитрат 40мг, капсул (50 мг табл.)
3. Изосорбид мононитрат 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, капсул 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 10-0ЕД/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:** 04-035а

**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), бронходилататоры А (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:**

- a. \*Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг
- b. \*Азитромицин 500 мг
- c. \*Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; раствор для небулайзера 20 мл

**Критерии перевода на следующий этап лечения:** При развитии ослож-

нений (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 (при-

обретенная в лечебном учреждении, синонимы: госпитальная, внутрибольничная), Аспирационная пневмония, Пневмония у лиц с тяжелыми дефицитами иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия)<sup>1</sup> 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  $38^\circ\text{C}$ , 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  $>1-0,7\text{ммоль/л}$ , 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-гноющей 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 раза 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 во 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](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 выражен-

ность может варьировать в зависимости от отечности 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, гиперакузия, 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 (продолжительных 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 нейропротекторная 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. Мерга. 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 наи-

более 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). Окклюзирующие 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 кис-

лота 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 ммол/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 псориагическая

По течению (стадии): прогрессирующая, стационарная, регрессирующая.

**Факторы риска:** Отягощенный семейный анамнез, травма (физическая, химическая), эндокринные расстройства (беременность, менопауза), пси-

хогенные факторы (психо-эмоциональный стресс), метаболические нарушения, инфекция (напр.: гемолитический стрептококк в миндалинах), применение некоторых лекарственных средств (напр.: бета-андреноблокаторы, 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. Псориазическая 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): хлоропирамин 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 псориазических 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 углеводов и смол, содержит серу, фенол, магний и много других веществ. Препараты нафталанской нефти обладают противовоспалительными, рассасывающими, противозудными, антисептическими, отшелушивающими и репарационными 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. Кальцитриол, аналог витамина D<sub>3</sub>, зарегистрирован в качестве лекарственного средства в виде мази, крема и раствора для втирания в волосистую часть кожи головы. Кальцитриол 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% нафталановые 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 С.Н. Smith, A.V. Anstey, J.N.W.N. Barker, A.D. Burden, R.J.G. Chalmers, D. Chandler, A.Y. Finlay, С.Е.М. 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](http://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 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 иммуно-компетентных 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 – иммуностропные препараты, 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 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<sup>D</sup>. Для контроля частоты мочеиспускания назначается десмопрессин 100-400 мкг перорально или 10-40 мкг интраназально один раз в сутки. При недержании мочи показан оксибутинин 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  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А, возникающее у генетически предрасположенных людей.

**Классификация:** Классификация Ассоциации ревматологов России (20-03г):

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 (ДОПЛЕР 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, хорей) – 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 тонзиллита<sup>3</sup> (градация рекомендаций А)
7. Вторичная профилактика бензатин-бензилпенициллином<sup>D</sup> – 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)- 1 раз 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 2-3ст., 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.
2. 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:** Рожа – 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 течение 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, линкозамида (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 нарастающей 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 ( $\text{ОФВ1/ЖЕЛ} < 70\%$ , 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  $\text{ОФВ1}$
- 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 уравновешивания или уменьшения побочных эффектов.
- Теофиллин эффективен при ХОБЛ, но из-за потенциальной его ток-

сичности 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
- $ОФВ_1 < 50\%$  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  $ОФВ_1$ .

- При всех стадиях ХОБЛ необходимы: исключение факторов риска, ежегодная вакцинация противогриппозной вакциной и бронходилататоры короткого действия по потребности<sup>А</sup>. 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 x 2 раза, 5-7 дней, амоксиклав 625 мг x 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг x 2раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 x 1-2 раза, 5 дней, метронидазол 100 мл в/в капельно). По получению результатов бактериологического исследования в зависимости от кли-

нического 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. \*Ипратропиум бромид 21 мкг + Фенотерола гидробромид 50 мкг
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. Беродуал 200 доз, аэрозоль
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. \*Флютиказон 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 (ОФВ<sub>1</sub>, 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.Белюсова, 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 воз-

духа, 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 термписис и эпikuана, алтей, багульник или резобтивного действия - йодистый калий, бромгексин; или муколитики и мукорегуляторы - амброксол, ацетилицистеин, карбоцистеин, которые разрушают мукополисахариды и наруша-

ют синтез сиалумуцинов мокроты. При обострении процесса проводят 1-2 недельные антибактериальную терапию с учетом антибиотикограмм. Предпочтение отдается препаратам макролидов новых генераций, амоксициллин+клавулановая кислота, клндамицин в сочетании с муколитиками. При обострениях заболевания назначают антибактериальную терапию (спирамицин 3000 000 ЕД x 2 раза, 5-7 дней, амоксиклав 625 мг x 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг x 2раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 x 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
2. \*Ипратропиум бромид 21 мкг + Фенотерола гидробромид 50 мкг
3. \*Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; таблетка 2 мг, 4 мг; раствор для небулайзера 20 мл
4. \*Теofilлин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг
5. \*Фенотерол аэрозоль 200 доз



6. \*Салметерол аэрозоль для ингаляции 250 мкг/доза
7. \*\*Амброксол сироп 15 мг/5 мл; 30мг/5 мл; раствор 7,5 мг/мл
8. \*\*Амоксициллин пероральная суспензия 250 мг/5 мл
9. \*\*Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг
10. \*\*Парацетамол сироп 2,4% во флаконе; суспензия; суппозитории 80 мг
11. \*Азитромицин 500 мг
12. Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
13. \*Метронидазол 250 мг, табл.

**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 по-

носами, 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 билиарным 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-индуриативного 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<sup>С</sup>.
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 неболь-

ших 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\* 50-150 000 ЕД, панцитрат\*), антисекреторной (фамотидин\* 40-80 мг/сутки, омепразол 20-40 мг/сутки), и начинается со снятия болевого синдрома и спазмолитической терапии.

#### **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:**

Спазмолитики:

Гимекромон 200 мг

Панкреатические ферменты

1. \*Панкреатин, таблетка, капсула с содержанием липазы не менее 4 500 ЕД
2. \*Пирензипин 2,0 мл, амп  
Блокаторы H2 гистаминовых рецепторов
3. \*Фамотидин 20, 40 мг, табл, амп.
4. \*Ранитидин, 150 мг, 300 мг, табл.  
Блокаторы протонной помпы
5. \*Омепразол 20 мг, табл
6. Рабепразол 10 мг, табл  
Буферные антациды
7. \* Комбинированные препараты, содержащие гидроокись алюминия, гидроокись магния 15мл, суспензия для приема внутрь  
Антибиотики для профилактики вторичного инфицирования
8. \*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,р.27:161-5
9. Ю.А. Кучерявый. Оценка эффективности комбинированной антисекреторной и полиферментной терапии при хроническом панкреатите с тяжелой внешне-секреторной 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 вос-

палительное 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 переедания
- малоподвижный образ жизни
- беременность
- алкоголь, курение.

### **Критерии диагностики:**

1. Клинические: болевой абдоминальный синдром (правое подреберье с иррадиацией в правую диагностику: 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 посевах; 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 (доксизиклин \*100-200 мг/сутки -10 дней), фторхинолоны (ципрофлоксацин\* 1г/сутки - 10 дней), цефалоспорины (цефуросим\*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 1,5-2часа 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% 050,0 х2-3 раза с 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:**

3. \*Ампициллин 0,25 г, табл
4. \*Урсодезоксихолевая кислота 250 мг, табл
5. \* Комбинированные препараты, содержащие гидроокись алюминия, гидроокись магния 15 мл, суспензия для приема внутрь
6. Гимекромон 200 мг, табл
7. Аллохол
8. \*Домперидон 10 мг, табл
9. \*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](http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=977)
2. золецистит хронический [www.myrobalan.com/5/148.htm](http://www.myrobalan.com/5/148.htm)

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

## Церебральный атеросклероз

**Код протокола:** 01-013е

**Профиль:** терапевтический

**Этап:** ПМСП

**Цель этапа:** подбор постоянной и/или курсовой терапии;

**Длительность лечения:** 12 дней

**Коды МКБ:**

- 165 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 цереброваскулярных болезней
- I70 Атеросклероз
- I67 Другие цереброваскулярные болезни

**Определение:** Атеросклероз характеризуется отложениями липидов в виде бляшек в интиме 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 цереброваскулярных 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, снижении 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 дислиппротеидемии 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<sup>А</sup>. 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. АНА|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 Северо 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:** В86 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 1 мм 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 отмечаются на кистях, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, туловище (преимущественно в области переднебоковых поверхностей грудной клетки), животе, поясице.
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 ягодичы). 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, аллергия); 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 Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline on the management of scabies. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal 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

## Ангина

**Код протокола:** 03-035e

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** ПМСП (МП)

**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 ( $\beta$ -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 отечности 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.

довании. 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. Объективные 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 2-3раза в день, в течении 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 интоксика-

ции, 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 в плоть 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 (МП)

**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 микрокристаллов (обменные микрокристаллические 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 (МП)

**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: еюни-ту 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 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 диа-

реей, по возвращении на родину почти в 50%, случаев высеваются бактерии, в частности энтеротоксические и энтеропатогенные штаммы E.Coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Vibratos, 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 случаи 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 (МП)

**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, Esherichia coli, Vibrio cholerae, Yersinia, Campilobacter, Rotavirus and etc., Lambliа 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 по-

сле 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 (МП)

**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-Ку-

шинга, 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

ИМТ = масса тела ( в кг) / рост <sup>2</sup> (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: андройдное, 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 (МП)

**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 заполнени-

ем 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 фибриновых 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 острозаболевших в ближайшем окружении(на работе, дома) эпидемия гриппа и других вирусов, преимущественно осеннее- 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:**

3. Сбор анамнеза (характерный эпиданамнез, контакт с больным и др.)
4. 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 3раза 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. Часть 1. 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 Re-



- spiratory 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 (МП)

**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 бронхолит, 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:**

5. Сбор анамнеза(контакт с больным, осенне-зимний период, сопутствующие хронические заболевания)

6. 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 кипяченнй 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 вызванным парами кислот показаны ингаляции па-

рами 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 теофиллин 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. \*Теофиллин 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. Шулушко 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:** 05-052а

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** ПМСП (МП)

**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  $\geq 180 / \geq 110$
4. Изолированная систолическая гипертония  $\geq 140 / < 90$

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 гипертония:

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 ( $> 180/120$  рт.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.  $\beta$ -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.  $\alpha$ -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](http://www.hypertension.ca/recommendations/2003_va.html)
3. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике первичной артериальной гипертонии 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 (МП)

**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 проходящей 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 частных 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 (МП)

**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 гипертония; 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 сердечно-сосудистых расстройств
- \* При наличии характерных жалоб (жажды, частого мочеиспускания, похудения, 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, муч-

ных 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 глике-

мии 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 большого 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)<sup>2</sup>. В норме у женщин - до 25кг/м<sup>2</sup>, у мужчин – до 27кг/м<sup>2</sup>
2. ОТ – окружность талии
3. ОБ – окружность бедер

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

# ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

---

## 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 туботимпанально-аэродинамический;  
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 соче-

тании 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 –  $\beta_1$ -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  $\beta_1$ -редуктазы (финастерид по 5 мг/сут) или  $\beta_1$ -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 неэф-



фективности 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 gyperplasia, 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, вос-

палительных 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 доходящий 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 нитроглицери-

на, 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:**

H35.3 Дегенерация макулы и заднего полюса

H36.8 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 склере, 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 (klarитромицин, 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. \*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. Нитроксилин 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, возни-

кающее 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 волосах 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 мупицина
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 плечо<sup>2</sup>.

**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 подвывихом<sup>1</sup>.

**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 привычным<sup>2</sup>.

**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 Гиппократата

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  $30^{\circ}$
- 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  $90^{\circ}$  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 лечение<sup>3</sup>.

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 лечение<sup>3</sup>.

*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:** Т03 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

N16 Кератит

B02.3 Опоясывающий лишай с глазными осложнениями

N03.1 \* Поражения века при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках

- N13.1 \* Конъюнктивит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
- N19.1 \* Кератит, обусловленный вирусом простого герпеса, и кератоконъюнктивит
- N19.2 \* Кератит и кератоконъюнктивит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
- N22.0 \*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 инъеция (при кератитах и иридоциклитах);
3. Инfiltrат 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. Нитрофурал водный раствор
4. Сульфациетамид глазные капли
5. \*Атропин раствор (глазные капли) (сульфат) 0,1%, 0,5%, 1% по 1 мл
6. Индометацин глазная мазь
7. \*Нитрофурал 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. Trans Am 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, Herbort 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:** Н40 Глаукома

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. Основным 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).
- Инстилляцией 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 иридэктомии
- 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 инстилляцией 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: - Теофилин – 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  $\gamma$ -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 x 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. Guidelines. Primary Angle Closure. 2000.
2. American Academy of Ophthalmology. Guidelines. Primary Open-Angle Glaucoma. 2003.
3. American Academy of Ophthalmology. Guidelines. 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:** H66 Гнойный и неуточненный средний отит  
H66.9 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, тимпаноластики 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. \*Прокаинамид 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 увеи-

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

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

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

**Факторы риска:** Пациенты, получающие ГКС (системно или местно); больные с сахарным диабетом; наследственная патология (синдром Марфана, болезнь Уилсона-Коновалова, миотоническая дистрофия (болезнь Штейнерта), 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.

**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 блёклое, 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. Тонометрия

**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:** Н10 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 нитрофура-ла (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, сульфациетамид натрия 30% глазные капли, неомидина 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. \*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 течение 3 дней.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. American Academy of Ophthalmology. Guidelines. Conjunctivitis. 2003
2. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- infective. 2004
3. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- allergic. 2004
4. International Council of Ophthalmology. Guidelines. 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:** Н10 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. Чаще 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 нитрофураля (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 antimicrobных 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, нитрофураля 0,02% глазные капли, сульфацил 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:**

8. Фурацилин 1: 5000 фл
9. \*Калия перманганат водный раствор 1:10 000
10. \*Хлорамфеникол глазные капли
11. Нитрофурал глазные капли
12. Сульфациетамид глазные капли
13. Неомицин глазные капли
14. 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. Guidelines. Conjunctivitis. 2003
2. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- infective. 2004
3. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- allergic. 2004
4. International Council of Ophthalmology. Guidelines. 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 (МП)

**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 наруж-

ного 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 преднизолона.

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 спиртовой 1%, 2% во флаконе 10 мл, 20 мл
5. Алюминия субацетат 2% раствор
6. \*Борная кислота раствор спиртовой 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 (МП)

**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. \*Цiproфлоксацин 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: 389391.

\* – 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 гипертонии, 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, панретинальная лазеркоагуляция, фокальная лазеркоагуляция.

Лазерокоагуляция 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; депротенинизированный 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. Guidelines. 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, полинознокистозные)

**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 (A). 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 приёмам. Если у пациента имеется аллергия к антибиотикам возможно назначение цефалоспоринов: цефдинир (14 мг/кг/день в 1-2 приёма), цефуроксим (30 мг/кг/день двукратными приёмами), цефаклор или цефподоксим (10 мг/кг/день). В случае серьёз-

ных 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, цефуроксима, 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. \*Цефуроксим 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. 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 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:**

8. \*Амоксициллин 250 мг табл; 250 мг, 500 мг капс; порошок для приготовления инъекционного раствора 500 мг, 1000 мг; суспензия 125/5 мл во флаконе
9. \*Цефуросим 250 мг, 500 мг табл; порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе 750 мг
10. Кларитромицин 250 мг, 500 мг табл
11. Клиндамицин раствор для инъекций 300 мг/2 мл, амп
12. \*Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг табл; раствор для инъекций 600 мг во флаконе
13. Цефотаксим порошок для приготовления инъекционного раствора во флаконе
14. \*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 Med-



- ical 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 пункции 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. Флебодиагностика
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 тромбозе эмболии 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, колгот-

ки) 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 тромбофлебит поверхностных вен, локализация тромбофлебита 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., Тромбофлебиты поверхностных вен: диагностика и лечение, 2003;
  5. Prodigy Guidance – Thromophlebitis, 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 10<sup>6</sup>T 1 раз парентерально.

Тонзилэктомия. Декомпенсированные формы и неэффективность консервативного лечения, более 5 эпизодов тонзиллита в год является показанием к тонзилэктомии. Достоверных данных о естественном течении хронического тонзиллита у детей не найдено. У участников рандомизиро-

ванных 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:**

8. \*Парацетамол 200 мг, 500 мг табл
9. \*Ибупрофен 200 мг, 400 мг табл
10. Феноксиметилпенициллин 500 мг табл
11. \*Эритромицин 250 мг, 500 мг табл
12. \*Цефалексин 250 мг, 500 мг табл
13. Клиндамицин раствор для инъекций 300 мг/2 мл, амп

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:** Неэффективность консерва-

тивной 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.

## Конъюнктивит

**Код протокола:** 02-021г

**Профиль:** хирургический

**Этап:** ПМСП (МП)

**Цель этапа:** устранение симптомов, элиминация возбудителя, профилактика осложнений и распространения процесса

**Код МКБ:** Н10 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 нитрофураля 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 ча-



стога 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, нитрофураол 0,02% глазные капли, сульфациетамид натрия 30% глазные капли, неомидина 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. Нитрофураол 20мг табл.
2. \*Перманганат калия водный раствор 1:10 000
3. \*Хлорамфеникол 0,25% глазные капли
4. \*Нитрофураол 0,02% глазные капли
5. \*Сульфациетамид натрия 30% глазные капли
6. \*Неомидина 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. Guidelines. Conjunctivitis. 2003
2. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- infective. 2004
3. Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance. Conjunctivitis- allergic. 2004
4. International Council of Ophthalmology. Guidelines. 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:** МПСП (МП)

**Цель этапа:** Оказать неотложную медицинскую помощь, экстренную транспортировку по показаниям.

**Код МКБ:** Т30 Термические и химические ожоги неутопченных частей тела

**Определение:** **Ожогами** называют повреждения, вызванные термической, химической или лучевой энергией. Тяжесть ожога определяется величиной площади и глубиной повреждении 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 толщю;

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 IIIа 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 °С) 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. \*Трамадол 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:** 06-062o

**Профиль:** хирургический

**Этап:** ПМСП (МП)

**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 (пере-

крут 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 (МП)

**Цель этапа:** раннее выявление и перевод на следующий этап

**Код МКБ:** С34 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 пораже-

ния 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 (МП)

**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 производственные: 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, катагравмы 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 (МП)

**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. Психомоторное 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.

## СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив . . . . .	3
-------------------------------	---

### АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

Альгодисменорея . . . . .	4
Аменорея. . . . .	7
Железодефицитная анемия беременных. . . . .	11
Бесплодие. . . . .	13
Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма у беременных . . . . .	18
Внутриутробная задержка развития плода . . . . .	23
Воспалительные заболевания малого таза . . . . .	26
Гипертензионные расстройства при беременности. . . . .	29
Инфекции мочеполовых путей . . . . .	34
при беременности . . . . .	34
Кандидозный вульвовагинит . . . . .	38
Лейомиома матки . . . . .	40
Наблюдение физиологической беременности . . . . .	43
Нарушения менструального цикла . . . . .	50
Резус-иммунизация, требующая предоставления медицинской помощи . . . . .	52
Тошнота и рвота беременных . . . . .	55
Угрожающий аборт. . . . .	58
Хронические воспалительные болезни матки . . . . .	60
Эндометриоз . . . . .	64
Инфекции мочеполовых путей . . . . .	67
при беременности . . . . .	67
Кольпит . . . . .	69
Наблюдение физиологической беременности . . . . .	71

### ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

Астма у детей . . . . .	77
Ветряная оспа у детей . . . . .	81
Гастроэнтериты у детей . . . . .	83
Гнойные ангины у детей . . . . .	88
Железодефицитная анемия у детей. . . . .	90
Корь у детей. . . . .	94

Ларингит (ларинготрахеит) у детей . . . . .	97
Неврозы у детей . . . . .	99
Обструктивный бронхит у детей . . . . .	103
ОРВИ и острый бронхит у детей (< 15 лет) . . . . .	105
Пиелонефрит у детей . . . . .	108
Пневмония у детей . . . . .	111
Стоматит . . . . .	115
Цистит у детей. . . . .	118
Частые заболевания органов дыхания в детском возрасте . . . . .	121
Эпилепсия у детей . . . . .	122
Железодефицитная анемия у детей . . . . .	128
Инфекции детского возраста с кожными проявлениями. . . . .	130
Острый гастроэнтерит у детей . . . . .	133
Острый гастроэнтерит у детей . . . . .	136
Судороги у детей. . . . .	138

#### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

Бронхиальная астма . . . . .	141
Гастрит, дуоденит . . . . .	146
Артериальная гипертензия . . . . .	151
Гипотиреоз. . . . .	164
Дерматомикозы . . . . .	169
Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения . . . . .	173
Железодефицитная анемия. . . . .	176
ИБС, стенокардия напряжения . . . . .	180
Острый бронхит . . . . .	184
Пневмония . . . . .	187
Поражения нервных корешков и сплетений. . . . .	191
Профилактика нарушений мозгового кровообращения . . . . .	196
Псориаз обыкновенный . . . . .	201
Рассеянный склероз . . . . .	206
Ревматизм. . . . .	211
Рожа . . . . .	215
Хроническая обструктивная болезнь легких . . . . .	217
Хронический обструктивный бронхит . . . . .	222
Хронический панкреатит и другие болезни поджелудочной железы	226
Хронический холецистит . . . . .	231

Церебральный атеросклероз . . . . .	236
Чесотка . . . . .	241
Ангина . . . . .	244
Артропатии . . . . .	247
Гастроэнтерит . . . . .	250
Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения . . . . .	252
Ожирение . . . . .	255
ОРВИ, ОРЗ, ринит, назофарингит . . . . .	259
Острый бронхит . . . . .	265
Повышенное артериальное давление . . . . .	268
Потеря сознания. Обморок. . . . .	271
Сахарный диабет . . . . .	273

### ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

Адгезивный отит . . . . .	277
Аденома предстательной железы (Д III). . . . .	279
Ангина и другие воспалительные заболевания ротоглотки . . . . .	281
Болезни заднего прохода и прямой кишки . . . . .	283
Возрастная дегенерация желтого пятна . . . . .	286
Воспалительные заболевания предстательной железы . . . . .	288
Воспалительные и травматические заболевания кожи и подкожной клетчатки . . . . .	292
Вывих плечевой кости . . . . .	295
Вывихи и растяжения у детей . . . . .	297
Герпетическое поражение глаз . . . . .	298
Глаукома . . . . .	301
Гнойный средний отит . . . . .	307
Катаракта . . . . .	309
Конъюнктивит у детей . . . . .	312
Конъюнктивит . . . . .	314
Наружный отит . . . . .	316
Острый и подострый иридоциклит . . . . .	319
Ретинопатия диабетическая . . . . .	321
Синусит у детей . . . . .	323
Синусит . . . . .	326
Тромбофлебиты и флебиты . . . . .	329
Хронические болезни миндалин и аденоидов у детей . . . . .	332
Хронические болезни миндалин и аденоидов . . . . .	333



Конъюнктивит . . . . .	336
Ожоги . . . . .	338
Острый живот . . . . .	340
Рак легких . . . . .	342
Травмы закрытые и вывихи . . . . .	345
Черепно-мозговая травма . . . . .	347