



ЗАГАД

ПРИКАЗ

13.06.2006 №484

Изменения и дополнение:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.01.2009 №11;
Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.10.2009 №1020;
Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 №1030;
Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2012 №961;
Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.02.2013 №122
(дополнение не внесено);
Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.07.2013 №764;
Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.08.2016 №
718;
Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2018 №
543;
Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от от 08.01.2019
№15.

Об утверждении клинических
протоколов диагностики и лечения
больных

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003 2007 годы, одобренной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8 октября 2003 г. № 1276, Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331 в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. № 843

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2018 №543;

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики

Беларусь от 24.08.2012 №961;

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.10.2009 №1020;

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.10.2009 №1020;

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.01.2019 №15;

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.07.2013 №764;

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.01.2009 №11;

клинические протоколы диагностики и лечения ортопедо-травматологических больных согласно приложению 8;

клинические протоколы диагностики и лечения больных с переломами костей скелета согласно приложению 9;

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.08.2016 № 718;

клинические протоколы диагностики и хирургического лечения больных с повреждениями позвоночника (шейный, грудной, поясничный отделы) согласно приложению 11;

клинический протокол диагностики и хирургического лечения больных с деформирующим коксартрозом согласно приложению 12;

клинический протокол диагностики и хирургического лечения больных с переломами костей скелета методами стабильно-функционального накостного и внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза согласно приложению 13;

клинические протоколы диагностики и лечения больных с повреждениями коленного и плечевого суставов с помощью эндоскопических методов согласно приложению 14;

клинические протоколы диагностики и хирургического лечения больных с дисплазией тазобедренных суставов и болезнью Пертеса согласно приложению 15;

клинический протокол диагностики и хирургического лечения больных с врожденной косолапостью согласно приложению 16;

клинический протокол диагностики и хирургического лечения больных с врожденными, приобретенными укорачивающими деформациями верхних и нижних конечностей согласно приложению 17;

клинический протокол диагностики и хирургического лечения больных с болезнями коленного сустава методом эндопротезирования согласно приложению 18;

клинические протоколы диагностики и лечения больных с риском

развития тромбоемболических осложнений при травмах костей скелета и декубитальных язв согласно приложению 19;

ИСКЛЮЧЕН — Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 №1030.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить проведение диагностики и лечения больных в соответствии с клиническими протоколами, утвержденные пунктом 1 настоящего приказа.

3. Директору государственного учреждения «Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения» Граковичу А.А. обеспечить электронной версией настоящего приказа управления здравоохранения (охраны здоровья) областных исполнительных комитетов, комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, организации здравоохранения, подчиненные Министерству здравоохранения Республики Беларусь, в течение пяти дней со дня издания приказа.

4. Считать утратившими силу:

подпункты 1.4, 1.5 пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 мая 2001 г. № 126 «Об утверждении протоколов обследования и лечения больных в системе здравоохранения Республики Беларусь»;

подпункт 1.3 пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 февраля 2002 г. № 24 «Об утверждении временных протоколов обследования и лечения больных в системе здравоохранения Республики Беларусь»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 марта 2002 г. № 49 «Стандарты скорой медицинской помощи (догоспитальный этап)».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра Колбанова В.В.

Министр

В.И. Жарко

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

диагностики и хирургического лечения больных с переломами костей скелета методами стабильно – функционального накостного и внеочагового компрессионно – дистракционного остеосинтеза

1. Обоснование выбора методики хирургического лечения.

Стабильно-функциональный накостный остеосинтез является одним из основных методов хирургического лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей, околоуставных и внутрисуставных переломов, переломов костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца. При его применении достигается прочная фиксация костных отломков, что позволяет обходиться без внешней иммобилизации и даёт возможность в раннем послеоперационном периоде осуществлять активные движения в смежных с переломом суставах.

Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез (далее - ВКДО) является методом выбора при оперативном лечении открытых переломов, при обширном повреждении мягких тканей на уровне перелома, огнестрельных переломах, а также при околоуставных и многооскольчатых переломах. Метод позволяет прочно фиксировать отломки, что в послеоперационном периоде даёт возможность сразу давать нагрузку на оперированную конечность и способствует ранним движениям в суставах.

2. Показания и противопоказания к остеосинтезу.

2.1. Накостный остеосинтез.

2.1.1. Показания к накостному остеосинтезу (шифр по МКБ-10):

Закрытые диафизарные переломы длинных трубчатых костей у взрослых и подростков (M84);

Внутрисуставные и околоуставные переломы со смещением отломков (M84);

Переломы костей таза, вертлужной впадины (M84);

Несросшиеся переломы и ложные суставы (M84.0, M84.1);

Патологические переломы (M84.4).

2.1.2. Противопоказания:

при переломах костей у детей, где основными методами лечения являются консервативный (гипсовая повязка, скелетное вытяжение) или остеосинтез с помощью спиц;

при открытых переломах типа II-III Б и II-III В (по Каплану- Марковой) или IO 2 и IO 3 (по классификации АО);

при обширном ушибе и сдавлении мягких тканей на уровне перелома;

при огнестрельных переломах;

при выраженном остеопорозе костных отломков.

2.2. ВКДО.

2.2.1. Показания к внеочаговому компрессионно-дистракционному остеосинтезу аппаратами внешней фиксации (аппараты Илизарова, Калнберза, Демьянова, стержневые аппараты) (шифр по МКБ-10):

2.2.1.1. Открытые (огнестрельные и неогнестрельные) и закрытые переломы костей:

Закрытые оскольчатые, особенно многооскольчатые, диафизарные переломы длинных трубчатых костей (M84);

Открытые диафизарные переломы костей типа II-III Б и II-III В (по Каплану – Марковой) (M84);

Закрытые и открытые диафизарные переломы длинных трубчатых костей при множественных и сочетанных повреждениях (M84);

Переломы костей стопы и кисти со смещением отломков, устранить которые и обездвижить другими способами не удаётся или не представляется возможным (M84).

2.2.1.2. Несрастающиеся переломы, ложные суставы и дефекты костей (M84.0, M84.1, M84.2, Q71, Q72);

2.2.1.3. Патологические переломы (M84.4);

2.2.1.4. Укорочения конечностей (M21.7, Q71, Q72).

2.2.2. Метод противопоказан:

пациентам, страдающим психическими заболеваниями и ведущим себя неадекватно;

при острых воспалительных заболеваниях кожи в зоне оперативного вмешательства.

3. Дооперационное обследование.

3.1. Рентгенологическое обследование:

рентгенограммы повреждённого сегмента в 2 стандартных проекциях;

при переломах костей таза - трехчетвертные рентгенограммы тазобедренного сустава, рентгенограммы входа и выхода из таза;

компьютерная томография при сложных переломах таза и переломовывихах тазобедренного сустава;

рентгенография лёгких.

3.2. Лабораторное и функциональное обследование:

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

биохимическое исследование крови: общий белок и его фракции (α , β , γ), билирубин (непрямой, прямой), глюкоза, мочевины, щелочная фос-

фатаза, аланинаминотрансфераза (далее-АлАТ), аспартатаминотрансфераза (далее-АсАТ), электролиты (К, Na, Cl, Ca);

коагулограмма: протромбиновый индекс (далее-ПТИ), уровень фибриногена и активированного частичного тромбопластинового времени (далее-АЧТВ), тромбиновое время (далее-ТВ);

исследование крови на реакцию Вассермана;

анализ крови на группу и резус-фактор;

электрокардиография (далее-ЭКГ).

3.3. Клиническое обследование врачом-терапевтом (неврологом по показаниям).

4. Хирургическое лечение.

4.1. Предоперационное планирование.

По рентгенограммам подбор имплантатов, выбор размеров стержней для ВКДО и колец аппарата.

4.2. Предоперационная подготовка.

Проводится профилактика тромбообразования препаратами низкомолекулярного гепарина: подкожно (далее-п/к) надропарин один раз в сутки 0,3-0,4 мл (2850-3800 МЕ) или дальтепарин 0,2-0,4 мл (2500-5000 МЕ), или эноксапарин 20-40 мг/сут и более в зависимости от массы тела и состояния пациента.

Введение антибиотиков с целью профилактики гнойных осложнений (цефалоспорины 1-3 поколения): цефазолин 1-2 г внутривенно (далее-в/в), цефтриаксон 1-2 г в/в, цефоперазон 1-2 г в/в, цефотаксим 1-2 г в/в (доза в зависимости от массы тела и состояния пациента) за 30 – 60 минут до операции, детям в пределах возрастной дозы.

4.3. Хирургическое лечение.

4.3.1 Операция на костного остеосинтеза.

Выполняется из известных доступов: на бедре и плече стандартными являются доступы по наружной поверхности, где действуют силы растяжения. При переломах нижней трети плечевой кости, надмышечелковых и чрезмышечелковых - предпочтительным является задний доступ. На голени при обычных условиях следует пользоваться передне-внутренним доступом. Когда кожа по внутренней поверхности голени повреждена или имеются мелкие костные фрагменты медиальной поверхности большеберцовой кости, то следует пользоваться наружным или задне-внутренним доступами. На предплечье силы растяжения и сжатия примерно одинаковы, поэтому доступ может быть осуществлён по выбору оперирующего хирурга. Для оперативного лечения переломов костей таза применяются задний, подвздошно-паховый и комбинированный доступы. Операционное поле обрабатывается стандартными антисептиками (0,5% раствор хлоргексидина). Производится разрез мягких тканей до места перелома без рассечения надкостницы. После вправления отломков и фиксации ме-

ста перелома костодержателями к кости прикладывается шаблон, по которому изгибается пластина. Пластина фиксируется к кости костодержателями. Сверлом необходимого диаметра (2,5 мм или 3,2 мм) формируются каналы, проходящие через оба кортикальных слоя. Затем метчиком нарезается резьба и ввинчивается шуруп, который должен выходить за пределы противоположного кортикального слоя кости на 2-3 мм. При наличии самонарезающих шурупов применение метчика необязательно.

Для прочной фиксации пластины к кости необходимо от 3 до 6 шурупов (в зависимости от локализации перелома) на каждом отломке. Затем производится шов раны.

По ходу операции рана постоянно обрабатывается стерильными растворами (0,5% раствор хлоргексидина, 0,9% раствор хлорида натрия).

При продолжительности вмешательства более 2 часов – в/в антибиотики цефалоспоринового ряда 1-3 генерации (цефазолин, цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон).

По окончании операции рана послойно дренируется вакуумными дренажами.

4.3.2. Операция внеочагового остеосинтеза аппаратами внешней фиксации.

Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом в зависимости от состояния пациента, его возраста, массы тела, характера, объема и продолжительности оперативного вмешательства.

С помощью экстензионного аппарата производится закрытое вправление отломков. Сборка аппарата производится непосредственно во время операции после проведения электродрелью перекрещивающихся спиц через выбранные отделы костей с учётом топографии сосудов и нервов. Спицы подводятся к кости путём прокола мягких тканей, а затем производится сверление кости спицей, вращаемой электродрелью. Для установки стержней в кости формируется канал сверлом необходимого диаметра. Проведенные спицы фиксируются в спицедержателях колец и натягиваются с помощью спицнатягивателей. Для стабильной фиксации отломков обычно применяется аппарат Илизарова из 4 колец (по два выше и ниже перелома). Стояние костных фрагментов контролируется ЭОПом или интраоперационными рентгенограммами.

При применении аппарата Илизарова, особенно у взрослых, целесообразно на плече и на бедре в проксимальных кольцах использовать вместо спиц или в дополнение к ним стержни диаметром 6мм.

5. Послеоперационное ведение больных.

Не менее одних суток после операции наблюдение в отделении интенсивной терапии после операции на костях таза и тазобедренном суставе.

После операции выполняются (кратность по показаниям):
 общий анализ крови с целью контроля за динамикой уровня гемоглобина и воспалительных изменений крови;

биохимическое исследование крови: общий белок и его фракции (α , β , γ), билирубин (прямой, непрямой), щелочная фосфатаза, АлАТ, АсАТ, глюкоза, мочевины, электролиты (K, Na, Cl, Ca).

Проводится профилактика тромбообразования препаратами низкомолекулярного гепарина: п/к надропарин один раз в сутки 0,3-0,4 мл (2850-3800 МЕ) или дальтепарин 0,2 - 0,4 мл (2500-5000 МЕ), или эноксапарин 40-60 мг/сут и более в зависимости от массы тела и состояния пациента 1-2 раза в сутки не менее 10 дней.

Антибиотики в течение 4-5 дней: гентамицин 2 мл 4% раствора (80 мг) внутримышечно (далее в/м) 3 раза в сутки, при операциях на костях таза, бедра предпочтительно применять цефазолин или цефтриаксон по 1 г в/м 3 раза в сутки.

При тенденции развития оссификатов - индометацин 0,05 г 3 раза в сутки внутрь в течение 5-8 дней.

При назначении индометацина дополнительно фамотидин 20 мг 2 раза в сутки внутрь и антацидные препараты (содержащие алюминия гидроксид, алюминия фосфат) с целью профилактики развития гастритов, язвенных гастритов, обострений язвенной болезни и желудочных кровотечений.

Разработка движений в смежных суставах в первые сутки после операции.

При оперативных вмешательствах на нижних конечностях перевод в вертикальное положение пациента на 2-7 сутки после операции.

При стабильном накостном остесинтезе приступать на оперированную ногу можно сразу после операции и увеличивать нагрузку в зависимости от типа перелома и процесса сращения. При ВКДО нагрузку оперированной нижней конечности массой тела можно осуществлять сразу после операции.

6. Динамическое наблюдение за пациентами.

Рентген-контроль после накостного остеосинтеза необходимо осуществлять через 6, 10, 16 недель после операции и перед удалением металлоконструкции.

Средние сроки удаления пластин – 16-18 месяцев после операции.

Показания к удалению металлоконструкции определяются индивидуально в каждом конкретном случае.

При лечении пациентов методом ВКДО контрольные рентгенограммы необходимо производить через 1, 2, 3 и более месяцев (в зависимости от локализации перелома), перед и после демонтажа аппарата.

Замену шариков вокруг спиц производить через 10-14 дней или по мере необходимости.

При воспалении мягких тканей вокруг спиц производить обкалывание с растворами антибиотиков (гентамицин 4 мл 4% раствора или цефазолин 2 г) в течение не более 3 дней, предварительно развести в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия. При отсутствии эффекта надо удалить спицу в зоне воспалительного процесса. После заживления раны - перепровести другую, отступя на 2-2,5 см.

В процессе лечения методом внеочагового остеосинтеза надо один раз в 10-14 дней проводить небольшую компрессию в пределах 0,5-1 мм.

Перед демонтажом аппарата необходимо провести динамическую пробу нагрузкой - расслабить гайки на стержнях между кольцами над переломом. При отсутствии болевого синдрома и подвижности на уровне перелома можно демонтировать аппарат.

Фиксацию отломков в аппарате целесообразно осуществлять до полного сращения перелома при отсутствии воспалительных явлений вокруг спиц.