

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
25 июня 2024 г. № 109

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с ортопедо-травматологической патологией в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с травмами опорно-двигательного аппарата в стационарных условиях» (прилагается);

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

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

клинический протокол «Диагностика и лечение эндоскопическими методами пациентов (взрослое население) с повреждениями коленного и плечевого суставов» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение методом эндопротезирования пациентов (взрослое население) с заболеваниями коленного сустава» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение методом эндопротезирования пациентов (взрослое население) с заболеваниями тазобедренного сустава» (прилагается).

2. Признать утратившими силу абзацы шестой–пятнадцатый пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2006 г. № 484 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных».

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

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный комитет
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
25.06.2024 № 109

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с ортопедо-травматологической патологией в стационарных условиях»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам (детское население) с ортопедо-травматологической патологией (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – G80 Церебральный паралич; G81 Гемиплегия; G82 Параплегия и тетраплегия; G83.0 Диплегия верхних конечностей; G83.1 Моноплегия нижней конечности; G83.2 Моноплегия верхней конечности; G83.3 Моноплегия неуточненная; G83.4 Синдром конского хвоста; G83.8 Другие уточненные паралитические синдромы; G83.9 Паралитический синдром неуточненный; M12.2 Ворсинчато-узелковый (виллонодулярный) синовит (пигментный); M21.0 Вальгусная деформация, не классифицированная в других рубриках; M21.1 Варусная деформация, не классифицированная в других рубриках; M21.4 Плоская стопа (pes planus) (приобретенная); M22.0 Привычный вывих надколенника; M85.0 Фиброзная дисплазия (избирательная, одной кости); M91.1 Юношеский остеохондроз головки бедренной кости (Легга–Кальве–Пертеса); M92.5 Юношеский остеохондроз большой и малой берцовых костей; M95.4 Приобретенная деформация грудной клетки и ребер; Q65 Врожденные деформации бедра; Q66 Врожденные деформации стопы; Q67.6 Впалая грудь; Q67.7 Килевидная грудь; Q67.8 Другие врожденные деформации грудной клетки; Q68.0 Врожденная деформация грудиноключично-сосцевидной мышцы; Q71 Дефекты, укорачивающие верхнюю конечность; Q72 Дефекты, укорачивающие нижнюю конечность; Q78.0 Незавершенный остеогенез; Q78.4 Энхондроматоз; S32.1 Перелом крестца; S32.3 Перелом подвздошной кости; S32.4 Перелом вертлужной впадины; S32.5 Перелом лобковой кости; S32.7 Множественные переломы пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза; S33.2 Вывих крестцово-подвздошного сустава и крестцово-копчикового соединения; S33.4 Травматический разрыв лобкового симфиза

(лонного сочленения); S33.6 Растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата крестцово-подвздошного сустава; S42.0 Перелом ключицы; S42.1 Перелом лопатки; S42.2 Перелом верхнего конца плечевой кости; S42.3 Перелом тела (диафиза) плечевой кости; S42.4 Перелом нижнего конца плечевой кости; S43.0 Вывих плечевого сустава; S43.1 Вывих акромиально-ключичного сустава; S43.2 Вывих грудино-ключичного сустава; S46.1 Травма мышцы и сухожилия длинной головки двуглавой мышцы; S46.2 Травма мышцы и сухожилия других частей двуглавой мышцы; S52.0 Перелом верхнего конца локтевой кости; S52.1 Перелом верхнего конца лучевой кости; S52.2 Перелом тела (диафиза) локтевой кости; S52.3 Перелом тела (диафиза) лучевой кости; S52.4 Сочетанный перелом диафизов локтевой и лучевой костей; S52.6 Сочетанный перелом нижних концов локтевой и лучевой костей; S72.0 Перелом шейки бедра; S72.1 Чрезвертельный перелом; S72.2 Подвертельный перелом; S72.3 Перелом тела (диафиза) бедренной кости; S72.4 Перелом нижнего конца бедренной кости; S73.0 Вывих бедра; S76.1 Травма четырехглавой мышцы и ее сухожилия; S82.0 Перелом надколенника; S82.1 Перелом проксимального отдела большеберцовой кости; S82.2 Перелом тела (диафиза) большеберцовой кости; S82.3 Перелом дистального отдела большеберцовой кости; S82.5 Перелом внутренней (медиальной) лодыжки; S82.6 Перелом наружной (латеральной) лодыжки; S82.8 Переломы других отделов голени (перелом голеностопного сустава двухлодыжечный, трехлодыжечный); S86.0 Травма пяточного (ахиллова) сухожилия; S92.0 Перелом пяточной кости; S92.1 Перелом таранной кости; S92.2 Перелом других костей предплюсны; S92.3 Перелом костей плюсны; S93.1 Вывих пальца(ев) стопы).

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

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

4. Фармакотерапия назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента и клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом учитываются наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

5. Режим дозирования, путь введения и кратность применения ЛП определяются инструкцией по медицинскому применению ЛП (листочком-вкладышем).

6. При плановой госпитализации пациента с ортопедо-травматологической патологией с целью хирургического вмешательства выполняются следующие диагностические исследования:

лабораторные исследования: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, мочевины, креатинин, глюкоза, аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), аспаратаминотрансфераза (далее – АсАТ), С-реактивный белок, калий, общий кальций, натрий, хлор);

определение показателей свертывания крови (активированное частичное тромбопластиновое время, D-димеры, международное нормализованное отношение (далее – МНО), фибриноген);

определение группы крови и резус-фактора;

серологическое исследование на маркеры сифилиса методом иммуноферментного анализа или реакция быстрых плазменных реагенов (RPR) при отсутствии достоверного результата обследования за последний месяц (для пациентов старше 13 лет);

флюорография легких (для пациентов старше 17 лет);

заключение врача-педиатра о состоянии здоровья пациента и отсутствии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству с отметкой о профилактических прививках;

при наличии у пациента хронического заболевания заключение врача – специалиста по профилю сопутствующей патологии об отсутствии медицинских противопоказаний к плановому хирургическому вмешательству.

7. Обязательными диагностическими исследованиями при поступлении пациента с ортопедо-травматологической патологией в приемном отделении являются:

7.1. клинические (сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, осмотр, общая термометрия, подсчет частоты сердечных сокращений, измерение артериального давления, частоты дыхания, аускультация сердца, аускультация легких, пальпация и перкуссия живота, аускультация живота);

7.2. лабораторные исследования:

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, мочевины, креатинин, глюкоза, АлАТ, АсАТ, калий, общий кальций, натрий, хлор);

определение показателей свертывания крови (активированное частичное тромбопластиновое время, D-димеры, МНО, фибриноген);

серологическое исследование на маркеры сифилиса методом иммуноферментного анализа или реакция быстрых плазменных реагентов (RPR) при отсутствии достоверного результата обследования за последний месяц (для пациентов старше 13 лет);

определение группы крови и резус-фактора.

8. Дополнительными диагностическими исследованиями при поступлении пациента с ортопедо-травматологической патологией в приемное отделение являются:

электрокардиограмма;

флюорография легких (для пациентов старше 17 лет);

онкологический осмотр;

консультации врачей-специалистов.

9. Обязательные диагностические исследования при лечении ортопедо-травматологических патологий в специализированном отделении больницы организации установлены согласно приложению 1.

10. По медицинским показаниям в специализированном отделении больницы организации выполняются следующие дополнительные диагностические исследования:

исследование состояния сосудов нижних конечностей (ультразвуковое исследование, флебо-, ангиография);

исследование функции почек;

компьютерная томография (далее – КТ) (в том числе 3D);

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ);

миография;

рентгенограмма органов грудной клетки;

реовазография нижних конечностей;

спирография;

топограмма нижних конечностей;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

фиброгастродуоденоскопия;

электромиография конечностей;

консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий;

молекулярно-генетические исследования (поиск мутаций в генах FGFR1, FGFR2 и FGFR3) (для пациентов с дефектами, укорачивающими верхнюю и (или) нижнюю конечность в соответствии с рекомендациями врача-генетика).

ГЛАВА 2

ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА, ГЕМИПЛЕГИИ, ПАРАПЛЕГИИ И ТЕТРАПЛЕГИИ, ДИПЛЕГИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, МОНОПЛЕГИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, МОНОПЛЕГИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, МОНОПЛЕГИИ НЕУТОЧНЕННОЙ, СИНДРОМА КОНСКОГО ХВОСТА, ДРУГИХ УТОЧНЕННЫХ ПАРАЛИТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ, ПАРАЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕУТОЧНЕННОГО

11. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении церебрального паралича, гемиплегии, параплегии и тетраплегии, диплегии верхних конечностей, моноплегии нижней конечности, моноплегии верхней конечности, моноплегии неуточненной, синдрома конского хвоста, других уточненных паралитических синдромов, паралитического синдрома неуточненного являются:

стойкие и прогрессирующие контрактуры суставов верхних и нижних конечностей;
прогрессирующая нестабильность тазобедренного сустава и децентрации головки;
выраженный болевой синдром, сочетающийся вывихом бедра;
прогрессирующее нарушение моторной функции у ребенка.

12. Методами хирургического вмешательства при лечении церебрального паралича, гемиплегии, параплегии и тетраплегии, диплегии верхних конечностей, моноплегии нижней конечности, моноплегии верхней конечности, моноплегии неуточненной, синдрома конского хвоста, других уточненных паралитических синдромов, паралитического синдрома неуточненного являются:

рецессии (интрамускулярное удлинение) напряженных мышечных групп;
сухожильно-мышечные пластики на сегментах конечностей;
корректирующие остеотомии сегментов конечностей при контрактурах соответствующих суставов;
артродезы суставов при выраженных деформациях лучезапястных суставов, стоп, иных;
временные эпифизиодезы зон роста при контрактурах соответствующих суставов;
остеотомия костей таза и (или) бедра при дисплазии тазобедренных суставов;
временные эпифизиодезы проксимальных зон роста бедер при дисплазии тазобедренных суставов;
паллиативные вмешательства (миотомии, удаление головок бедер, support-остеотомии при выраженном болевом синдроме при GMFCS-V).

13. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

14. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

15. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

16. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

17. При лечении церебрального паралича, гемиплегии, параплегии и тетраплегии, диплегии верхних конечностей, моноплегии нижней конечности, моноплегии верхней конечности, моноплегии неуточненной, синдрома конского хвоста, других уточненных паралитических синдромов, паралитического синдрома неуточненного пациенту после хирургического вмешательства показаны:

иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом из скотч-каста, турбокаста сроком 4–6 недель (при сухожильно-мышечных пластиках);

иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом из скотч-каста, турбокаста на срок сращения остеотомии (при хирургических вмешательствах на костях);

лечебная физическая культура (далее – ЛФК), физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, ультравысокие частоты (далее – УВЧ), электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп (при отсутствии судорожного синдрома)), массаж (при рецессиях и других хирургических вмешательствах, не требующих иммобилизации, а также после иммобилизации в стационарных условиях).

18. Медицинское наблюдение пациентов при церебральном параличе, гемиплегии, параплегии и тетраплегии, диплегии верхних конечностей, моноплегии нижней конечности, моноплегии верхней конечности, моноплегии неуточненной, синдроме конского хвоста, других уточненных паралитических синдромах, паралитическом синдроме неуточненного генеза в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента совместно с врачом – детским неврологом 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ ВОРСИНЧАТО-УЗЕЛКОВОГО (ВИЛЛОНОДУЛЯРНОГО) СИНОВИТА (ПИГМЕНТНОГО)

19. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении ворсинчато-узелкового (виллонодулярного) синовита (пигментного) является подтверждение диагноза по результатам МРТ, пункции сустава либо биопсии синовиальной оболочки.

20. Методами хирургических вмешательств при лечении ворсинчато-узелкового (виллонодулярного) синовита (пигментного) является синовэктомия (открытая одноэтапная, открытая двухэтапная (передняя и задняя для коленного сустава), артроскопическая).

21. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

22. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

23. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛПП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

24. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛПП, указанных в приложении 3.

25. При лечении ворсинчато-узелкового (виллонодулярного) синовита (пигментного) пациенту после хирургического вмешательства физиотерапевтическое лечение противопоказано.

В послеоперационном периоде пациенту показаны ЛФК, массаж прилежащих сегментов конечностей.

26. Медицинское наблюдение пациентов с ворсинчато-узелковым (виллонодулярным) синовитом (пигментным) в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

МРТ пораженного сустава выполняется через 6 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1 раз в 1–2 года (частота определяется по медицинским показаниям).

Рентгенография пораженного сустава при наличии костной деструкции выполняется через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1–2 раза в год (частота определяется по медицинским показаниям).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННОЙ В ДРУГИХ РУБРИКАХ, ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННОЙ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

27. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении вальгусной деформации, не классифицированной в других рубриках, варусной деформации, не классифицированной в других рубриках, являются:

- наличие болевого синдрома;
- наличие выраженного косметического дефекта;
- ограничение движений в близлежащих суставах;
- прогрессирование деформаций;
- нарушение функции ходьбы и опоры, связанное с деформацией.

28. Медицинским противопоказанием к хирургическому вмешательству при лечении вальгусной деформации, не классифицированной в других рубриках, варусной деформации, не классифицированной в других рубриках, является возраст пациента младше 4 лет.

29. Методами хирургического вмешательства при лечении вальгусной деформации, не классифицированной в других рубриках, варусной деформации, не классифицированной в других рубриках, являются:

- корректирующая остеотомия;
- внеочаговый компрессионно-дистакционный остеосинтез (далее – ВКДО) с остеотомией пораженного сегмента;
- временное асимметричное блокирование зоны роста пораженного сегмента (скобами, винтами, пластинами);
- сочетание методов.

30. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

31. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

32. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

33. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

34. При лечении вальгусной деформации, не классифицированной в других рубриках, варусной деформации, не классифицированной в других рубриках, пациенту после хирургического вмешательства показаны:

иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом из скотч-каста, турбокаста на срок сращения остеотомии (при вмешательствах с нестабильным остеосинтезом);

ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж (при хирургических вмешательствах со стабильным остеосинтезом)

и эпифизиодезах в послеоперационном периоде, а также после иммобилизации в стационарных условиях).

35. Медицинское наблюдение пациентов при вальгусной деформации, не классифицированной в других рубриках, варусной деформации, не классифицированной в других рубриках, в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после временного асимметричного блокирования зоны роста пораженного сегмента выполняется через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1 раз в 6–12 месяцев до полной коррекции осей конечностей (частота определяется по медицинским показаниям).

ГЛАВА 5

ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОЙ СТОПЫ (PES PLANUS) (ПРИБРЕТЕННОЙ)

36. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении плоской стопы (pes planus) (приобретенной) являются:

- болевого синдрома;
- прогрессирование деформации;
- затруднения в использовании обычной обуви;
- нарушение функции ходьбы и опоры;
- выраженный косметический дефект.

37. Медицинским противопоказанием к хирургическому вмешательству при лечении плоской стопы (pes planus) (приобретенной) является возраст пациента младше 8 лет.

38. Методами хирургического вмешательства при лечении плоской стопы (pes planus) (приобретенной) являются:

- сухожильно-мышечная пластика;
- остеотомии костей стопы;
- артрориз подтаранного сустава;
- сочетание методов.

39. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

40. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

41. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

42. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

43. При лечении плоской стопы (pes planus) (приобретенной) пациенту после хирургического вмешательства показаны:

- иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом из скотч-каста, турбокаста сроком 4–6 недель (при сухожильно-мышечных пластиках);
- иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом из скотч-каста, турбокаста на срок сращения остеотомии (при хирургических вмешательствах на костях);

ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж (При хирургических вмешательствах, не требующих иммобилизации, а также после иммобилизации в стационарных условиях).

44. Медицинское наблюдение пациентов при лечении плоской стопы (*pes planus*) (приобретенной) в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

ГЛАВА 6

ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

45. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении привычного вывиха надколенника являются:

врожденный вывих надколенника;
привычный вывих надколенника;
отсутствие эффекта при консервативном лечении рецидивирующего вывиха надколенника.

46. Методами хирургического вмешательства при лечении привычного вывиха надколенника являются:

стабилизирующие надколенник сухожильно-мышечные пластики;
медиализирующие костно-пластические хирургические вмешательства при вывихе надколенника;
артроскопическая стабилизация надколенника;
сочетание методов.

47. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

48. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

49. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

50. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

51. При лечении привычного вывиха надколенника пациенту после хирургического вмешательства показаны:

иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом, повязкой из скотч-каста, турбокаста сроком 4–6 недель (при сухожильно-мышечных пластиках);

иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом, повязкой из скотч-каста, турбокаста на срок сращения остеотомии (при хирургических вмешательствах на костях);

ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп (при отсутствии судорожного синдрома)), массаж (после иммобилизации в стационарных условиях).

52. Медицинское наблюдение пациентов с привычным вывихом надколенника в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

МРТ оперированного сустава выполняется через 6 месяцев после хирургического вмешательства.

ГЛАВА 7

ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ (ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ, ОДНОЙ КОСТИ)

53. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении фиброзной дисплазии (избирательной, одной кости) являются:

- прогрессирование деформации пораженной конечности;
- наличие патологического перелома пораженной конечности;
- нарушение функций конечности;
- болевого синдром в пораженном сегменте;

хромота при наличии патологического процесса на нижних конечностях.

54. Методами хирургического вмешательства при лечении фиброзной дисплазии (избирательной, одной кости) являются:

- удаление патологического очага (фиброзная дисплазия) без костной пластики;
- удаление патологического очага (фиброзная дисплазия) с костной пластикой;
- корректирующая остеотомия с остеосинтезом спицами или пластинами;
- корректирующая остеотомия с интрамедулярным остеосинтезом;
- ВКДО с остеотомией пораженного сегмента;
- сочетание методов.

55. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

56. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

57. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

58. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

59. При лечении фиброзной дисплазии (избирательной, одной кости) пациенту после хирургического вмешательства физиотерапевтическое лечение на оперированную область противопоказано.

В послеоперационном периоде иммобилизация осуществляется до сращения (перестройки костного дефекта).

В послеоперационном периоде пациенту, в том числе после иммобилизации, показаны ЛФК, массаж прилежащих сегментов конечностей.

60. Медицинское наблюдение пациентов при фиброзной дисплазии (избирательной, одной кости) в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1 раз в год в течение 5 лет после хирургического вмешательства.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии или костной пластики выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии (перестройки костного дефекта).

По медицинским показаниям (отсутствие четкой визуализации на рентгенограмме оперированного участка кости) может выполняться КТ пораженного сегмента.

ГЛАВА 8 ЛЕЧЕНИЕ НЕЗАВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА

61. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении незавершенного остеогенеза являются:

- угроза патологического перелома;
- тяжелое течение основного заболевания;
- выраженная деформация сегмента конечности;
- наличие выраженного косметического дефекта;
- прогрессирование деформаций;
- нарушение функции ходьбы и опоры, связанное с деформацией.

62. Методами хирургического вмешательства при лечении незавершенного остеогенеза являются:

армирование длинных сегментов конечностей телескопическими растущими стержнями;

армирование длинных сегментов конечностей интрамедуллярными стержнями с блокированием (для взрослых);

корректирующая остеотомия с остеосинтезом спицами или пластинами;

корректирующая остеотомия с интрамедуллярным остеосинтезом;

ВКДО с остеотомией пораженного сегмента;

сочетание методов.

63. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

64. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

65. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

66. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

67. При лечении несовершенного остеогенеза пациенту после хирургического вмешательства показаны:

иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом из скотч-каста, турбокаста на срок сращения остеотомии (при хирургических вмешательствах с нестабильным остеосинтезом);

ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж (при хирургических вмешательствах со стабильным остеосинтезом, а также после иммобилизации в стационарных условиях).

68. Медицинское наблюдение пациентов при незавершенном остеогенезе в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) совместно с врачом-педиатром амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее – 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

ГЛАВА 9

ЛЕЧЕНИЕ ЮНОШЕСКОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (ЛЕГГА–КАЛЬВЕ–ПЕРТЕСА)

69. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении юношеского остеохондроза головки бедренной кости (Легга–Кальве–Пертеса) являются: неблагоприятное течение заболевания с формированием наружного подвывиха головки бедренной кости на 2–3 стадии;

многоплоскостная деформация проксимального отдела бедра на 5 стадии;

укорочение пораженной конечности более 2,5 см.

70. Методами хирургического вмешательства при лечении юношеского остеохондроза головки бедренной кости (Легга–Кальве–Пертеса) являются:

тройная остеотомия таза (при подвывихе головки) на 2–3 стадии;

ротационная остеотомия (при многоплоскостной деформации головки);

эпифизиодез зон роста коленного сустава контрлатеральной конечности (при укорочениях более 2,5 см);

сочетание методов.

71. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

72. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

73. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛПП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

74. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛПП, указанных в приложении 3.

75. При лечении юношеского остеохондроза головки бедренной кости (Легга–Кальве–Пертеса) пациенту после хирургического вмешательства показаны ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж.

76. Медицинское наблюдение пациентов при юношеском остеохондрозе головки бедренной кости (Легга–Кальве–Пертеса) в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после эпифизиодеза зон роста коленного сустава контрлатеральной конечности выполняется через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1 раз в 6–12 месяцев до полного восстановления длины конечностей.

ГЛАВА 10

ЛЕЧЕНИЕ ЮНОШЕСКОГО ОСТЕОХОНДРОЗА БОЛЬШОЙ И МАЛОЙ БЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ, ЮНОШЕСКОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ПЛЮСНЫ

77. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении юношеского остеохондроза большой и малой берцовых костей, юношеского остеохондроза плюсны являются:

продолжительное течение заболевания;

неэффективность консервативного лечения;
полная демаркация костных фрагментов от подлежащего апофиза;
возраст пациентов 14 лет и старше;
отрывной перелом бугристости большеберцовой кости.

78. Методами хирургического вмешательства при лечении юношеского остеохондроза большой и малой берцовых костей, юношеского остеохондроза плюсны являются:

тоннелизация бугристости большеберцовой кости (при замедленном течении заболевания);

удаление фрагмента (при признаках его некроза);

остеосинтез (при отрывном переломе).

79. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

80. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

81. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

82. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

83. В случае остеосинтеза отрывного перелома пациенту показана иммобилизация гипсовой повязкой (или ортезом из скотч-каста, турбокаста) на срок сращения перелома.

При лечении юношеского остеохондроза большой и малой берцовых костей, юношеского остеохондроза плюсны пациенту после хирургического вмешательства показаны ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж.

84. Медицинское наблюдение пациентов при юношеском остеохондрозе большой и малой берцовых костей, юношеском остеохондрозе плюсны в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеосинтеза отрывного перелома выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после тоннелизации бугристости большеберцовой кости, удаления фрагмента выполняется через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1 раз в 6–12 месяцев до полной костной перестройки.

ГЛАВА 11

ЛЕЧЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И РЕБЕР

85. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении приобретенной деформации грудной клетки и ребер являются:

выраженный косметический дефект;

вторичное нарушение функции дыхательной или сердечно-сосудистой системы.

86. Медицинским противопоказанием к хирургическому вмешательству при лечении приобретенной деформации грудной клетки и ребер является возраст пациента младше 4 лет.

87. Методами хирургического вмешательства при лечении приобретенной деформации грудной клетки и ребер являются:

торакопластика;

иссечение локальных деформаций костного каркаса грудной клетки;

остеотомия и транспозиция ребер.

88. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

89. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

90. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

91. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

92. При лечении приобретенной деформации грудной клетки и ребер пациенту после хирургического вмешательства показаны дыхательная гимнастика, щелочные ингаляции, физиотерапевтическое лечение (УФО, лазеротерапия, электрофорез и иное).

93. Медицинское наблюдение пациентов при приобретенной деформации грудной клетки и ребер в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография грудной клетки, пораженного ребра в прямой и боковой проекциях выполняется по медицинским показаниям (болевой синдром, косметический дефект и иные).

Плановое удаление металлоконструкций осуществляется не ранее, чем через 4 года после хирургического вмешательства.

ГЛАВА 12 ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ БЕДРА

94. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении врожденных деформаций бедра являются:

нарушение стабильности тазобедренного сустава;

децентрация головки бедра;

нарушение конгруэнтности суставных поверхностей;

болевой синдром;

нарушение функции ходьбы и опоры;

прогрессирование деформации.

95. Методами хирургического вмешательства при лечении врожденных деформаций бедра являются:

открытое вправление головки бедра;

корректирующая остеотомия бедренной кости;

остеотомия костей таза;

эпифизиодез зоны роста головки бедренной кости;

сочетание методов.

96. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

97. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

98. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

99. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

100. При лечении врожденных деформаций бедра пациенту после хирургического вмешательства показаны:

иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом из скотч-каста, турбокаста на срок сращения остеотомии (при хирургических вмешательствах на костях);

ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж (при хирургических вмешательствах, не требующих иммобилизации, а также после гипсовой иммобилизации в стационарных условиях).

101. Медицинское наблюдение пациентов при врожденных деформациях бедра в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после эпифизиодезы зоны роста головки бедренной кости выполняется через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1 раз в 6–12 месяцев до полной коррекции взаимоотношений головки бедра и вертлужной впадины в тазобедренном суставе.

ГЛАВА 13 ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОПЫ

102. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении врожденных деформаций стопы являются:

- болевого синдрома;
- прогрессирование деформации;
- затруднения в использовании обычной обуви;
- нарушение функции ходьбы и опоры;
- выраженный косметический дефект.

103. Методами хирургического вмешательства при лечении врожденных деформаций стопы являются:

- сухожильно-мышечная пластика при нефиксированной деформации;
- osteotomy костей стопы при фиксированной деформации;
- использование аппарата Илизарова при ригидных деформациях и невозможности одномоментной коррекции;
- сочетание методов.

104. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

105. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

106. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

107. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

108. При лечении врожденных деформаций стопы пациенту после хирургического вмешательства показаны:

иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом из скотч-каста, турбокаста сроком 4–6 недель (при сухожильно-мышечных пластиках);

иммобилизация гипсовой повязкой (или ортезом из скотч-каста, турбокаста) на срок сращения остеотомии (при хирургических вмешательствах на костях);

ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж (при хирургических вмешательствах, не требующих иммобилизации, а также после гипсовой иммобилизации в стационарных условиях).

109. Медицинское наблюдение пациентов при лечении врожденных деформаций стопы в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, дальше 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

ГЛАВА 14 ЛЕЧЕНИЕ ВПАЛОЙ ГРУДИ, КИЛЕВИДНОЙ ГРУДИ, ДРУГИХ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

110. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении впалой груди, килевидной груди, других врожденных деформаций грудной клетки являются:

выраженный косметический дефект;

вторичное нарушение функции дыхательной или сердечно-сосудистой системы.

111. Медицинским противопоказанием к хирургическому вмешательству при лечении впалой груди, килевидной груди, других врожденных деформаций грудной клетки является возраст пациента младше 4 лет.

112. Методом хирургического вмешательства при лечении впалой груди, килевидной груди, других врожденных деформаций грудной клетки является торакопластика.

113. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

114. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

115. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

116. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

117. При лечении впалой груди, килевидной груди, других врожденных деформаций грудной клетки пациенту после хирургического вмешательства показаны дыхательная гимнастика, щелочные ингаляции, физиотерапевтическое лечение (УФО, лазеротерапия, электрофорез и иное).

118. Медицинское наблюдение пациентов при впалой груди, килевидной груди, других врожденных деформациях грудной клетки в амбулаторных условиях осуществляет

врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография выполняется по медицинским показаниям (болевого синдром, косметический дефект и иные).

Плановое удаление металлоконструкций осуществляется не ранее, чем через 4 года после хирургического вмешательства.

ГЛАВА 15 ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДИНОКЛЮЧИЧНО-СОСЦЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

119. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении врожденной деформации грудиноключично-сосцевидной мышцы являются:

- отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии;
- развитие и прогрессирование плагиоцефалии (асимметрии черепа).

120. Хирургическое вмешательство при лечении врожденной деформации грудиноключично-сосцевидной мышцы проводится пациентам старше 2,5 лет.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения, прогрессировании деформации хирургическое вмешательство возможно выполнить пациентам старше 1 года.

121. Методом хирургического вмешательства при лечении врожденной деформации грудиноключично-сосцевидной мышцы является миотомия грудиноключично-сосцевидной мышцы с частичным или полным ее иссечением и рассечением фасций шеи.

При желании сохранить косметическую симметрию мышц шеи возможно пластическое удлинение грудиноключично-сосцевидной мышцы.

122. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

123. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

124. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

125. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

126. При лечении врожденной деформации грудиноключично-сосцевидной мышцы пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация корригирующей торакокраниальной гипсовой повязкой (либо головодержателем) сроком 4–6 недель.

Пациентам после гипсовой иммобилизации в стационарных условиях показаны ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж.

127. Медицинское наблюдение пациентов при врожденной деформации грудиноключично-сосцевидной мышцы в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

ГЛАВА 16

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ, УКОРАЧИВАЮЩИХ ВЕРХНЮЮ КОНЕЧНОСТЬ

128. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении дефектов, укорачивающих верхнюю конечность, является прогрессирующая разница в длине конечностей более 3 см, нарушение функции конечности, выраженный косметический дефект.

129. Медицинскими противопоказаниями к хирургическому вмешательству при лечении дефектов, укорачивающих верхнюю конечность, являются:

возраст пациента младше 4 лет;

выраженное нарушение движений в сопряженных с удлиняемым сегментом суставах;

нестабильность в сопряженных с удлиняемым сегментом суставах.

130. Методом хирургического вмешательства при лечении дефектов, укорачивающих верхнюю конечность, является ВКДО с остеотомией укороченного сегмента.

131. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

132. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

133. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛПП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

134. При лечении дефектов, укорачивающих верхнюю конечность, пациенту в послеоперационном периоде показаны ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж.

135. Медицинское наблюдение пациентов при дефектах, укорачивающих верхнюю конечность, в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

ГЛАВА 17

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ, УКОРАЧИВАЮЩИХ НИЖНЮЮ КОНЕЧНОСТЬ

136. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении дефектов, укорачивающих нижнюю конечность, является прогрессирующая разница в длине конечностей 2,5 см и более.

137. Медицинским противопоказанием к хирургическому вмешательству при лечении дефектов, укорачивающих нижнюю конечность, является возраст пациента младше 4 лет.

138. Методами хирургических вмешательств при лечении дефектов, укорачивающих нижнюю конечность, являются:

ВКДО с остеотомией укороченного сегмента при укорочениях более 4 см;

временное блокирование зоны роста контрлатерального сегмента при укорочениях 2,5–4 см;

укорачивающие остеотомии сегментов конечностей с интрамедуллярным остеосинтезом при укорочениях 2,5–4 см и завершении костного роста.

139. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

140. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

141. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

142. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

143. При лечении дефектов, укорачивающих нижнюю конечность, пациенту в послеоперационном периоде показаны ЛФК, физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ, электрофорез, электростимуляция ослабленных мышечных групп), массаж.

144. Медицинское наблюдение пациентов при дефектах, укорачивающих нижнюю конечность, в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1 раз в 3 месяца до 2 лет, далее 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после временного блокирования зоны роста контрлатерального сегмента при укорочениях 2,5–4 см выполняется через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1 раз в 6–12 месяцев до полной коррекции длины конечностей.

ГЛАВА 18 ЛЕЧЕНИЕ ЭНХОНДРОМАТОЗА

145. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении энхондроматоза являются:

прогрессирование деформации пораженной конечности;
наличие патологического перелома пораженной конечности или угроза его появления;

нарушение функций конечности;

болевого синдром в пораженном сегменте;

хромота при наличии патологического процесса на нижних конечностях.

146. Хирургическое вмешательство проводится пациентам в любом возрасте. Временное блокирование зоны роста контрлатерального сегмента при укорочениях 2,5–4 см выполняется у пациентов старше 4 лет.

147. Методами хирургического вмешательства при лечении энхондроматоза являются:

ВКДО с остеотомией укороченного сегмента при укорочениях более 4 см;

временное блокирование зоны роста контрлатерального сегмента при укорочениях 2,5–4 см;

укорачивающие остеотомии сегментов конечностей с интрамедуллярным остеосинтезом при укорочениях 2,5–4 см и завершении костного роста;

ВКДО с остеотомией деформированного сегмента;

удаление патологического очага без костной пластики;

удаление патологического очага с костной пластикой;

корректирующая остеотомия с остеосинтезом спицами или пластинами;

корректирующая остеотомия с интрамедуллярным остеосинтезом;

временное асимметричное блокирование зоны роста пораженного сегмента (скобами, винтами, пластинами);

сочетание методов.

148. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

149. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

150. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

151. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

152. При лечении энхондроматоза в послеоперационном периоде пациенту показаны:

иммобилизация до сращения остеотомии (перестройки костного дефекта);

ЛФК, массаж прилежащих сегментов конечностей.

При лечении энхондроматоза пациенту после хирургического вмешательства физиотерапевтическое лечение на оперированную область противопоказано.

153. Медицинское наблюдение пациентов с энхондроматозом в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства, далее – 1–2 раза в год до 18 лет.

Рентгенография оперированного сегмента пациентам после остеотомии или костной пластики выполняется 1 раз в 1–2 месяца до сращения остеотомии (перестройки костного дефекта).

По медицинским показаниям (отсутствие четкой визуализации на рентгенограмме оперированного участка кости) может выполняться КТ пораженного сегмента.

Медицинское наблюдение пациентов с энхондроматозом, которым выполнялось временное асимметричное блокирование зоны роста пораженного сегмента, в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента 1–2 раза в год до 18 лет.

ГЛАВА 19

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КРЕСТЦА, ПЕРЕЛОМА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ, ПЕРЕЛОМА ЛОБКОВОЙ КОСТИ, МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И КОСТЕЙ ТАЗА, ВЫВИХА КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СУСТАВА И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОГО СОЕДИНЕНИЯ, ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ЛОБКОВОГО СИМФИЗА (ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ), РАСТЯЖЕНИЯ И ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ КАПСУЛЬНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СУСТАВА

154. При лечении стабильных переломов костей таза (перелома подвздошной кости, перелома лобковой кости (переломы таза типа А по классификации АО)) пациенту показаны:

постельный режим в положении по Волковичу;

ходьба с помощью костылей по мере консолидации перелома индивидуально;

ЛФК, направленная на сохранение объема движений, медицинскую профилактику пролежней и гипостатической пневмонии;

физиотерапевтическое лечение (после консультации врача-физиотерапевта).

155. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома подвздошной кости, перелома лобковой кости (переломы таза типа А по классификации АО) являются:

неудовлетворительное положение отломков;
неврологический дефицит.

156. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома подвздошной кости, перелома лобковой кости (переломы таза типа А по классификации АО) являются открытая репозиция, внутренний остеосинтез пластиной и (или) винтами.

157. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

158. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

159. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

160. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

161. Пациенту после хирургического вмешательства:

при стабильно-функциональном остеосинтезе костей таза иммобилизация не выполняется;

при нефункциональном остеосинтезе костей таза показана иммобилизация травмированной конечности деротационным сапожком сроком до 3 недель.

162. При лечении нестабильных повреждений костей таза (перелома крестца, перелома подвздошной кости, перелома лобковой кости, множественных переломов костей таза, вывиха крестцово-подвздошного сустава и крестцово-копчикового соединения, травматического разрыва лобкового симфиза (лонного сочленения), растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата крестцово-подвздошного сустава (переломы таза типов В и С по классификации АО) пациенту при оказании экстренной помощи в период подготовки к хирургическому вмешательству показана иммобилизация таза: фиксация таза простыней, ремнем и (или) биндажом.

163. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома крестца, перелома подвздошной кости, перелома лобковой кости, множественных переломов костей таза, вывиха крестцово-подвздошного сустава и крестцово-копчикового соединения, травматического разрыва лобкового симфиза (лонного сочленения), растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата крестцово-подвздошного сустава (переломы таза типов В и С по классификации АО) являются:

наружный остеосинтез с применением С-рамы или переднего стержневого тазового фиксатора при возникновении у пациента состояний, требующих экстренного медицинского вмешательства;

открытая репозиция, окончательный внутренний остеосинтез пластиной и (или) винтами.

Окончательный внутренний остеосинтез переломов костей таза выполняется после стабилизации состояния пациента.

164. Медицинскими показаниями для наружного остеосинтеза с применением С-рамы или переднего стержневого тазового фиксатора при возникновении у пациента состояний, требующих экстренного медицинского вмешательства являются:

нестабильность гемодинамики;

механическая нестабильность костей таза (смещение отломков заднего тазового полукольца более 1 см кверху или кзади, диастаз лобкового сочленения более 2,5 см).

Наружный остеосинтез с применением С-рамы или переднего стержневого тазового фиксатора является методом временной стабилизации костей таза до момента выполнения внутреннего остеосинтеза. Наружный остеосинтез может быть использован в качестве окончательного метода лечения при наличии медицинских противопоказаний к внутреннему остеосинтезу или при отсутствии технических возможностей выполнения внутреннего остеосинтеза.

165. Медицинскими показаниями для перехода к открытой репозиции, окончательном внутреннем остеосинтезу пластиной и (или) винтами являются:

неудовлетворительное положение отломков;

механическая нестабильность костей таза (смещение отломков заднего тазового полукольца более 1 см кверху или кзади, диастаз лобкового сочленения более 2,5 см).

166. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

167. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

168. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

169. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

170. Пациенту после хирургического вмешательства показана ходьба с помощью костылей по мере консолидации перелома.

171. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома крестца, перелома подвздошной кости, перелома лобковой кости, множественных переломов пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза, вывиха другой и неуточненной части пояснично-крестцового отдела позвоночника и таза, травматического разрыва лобкового симфиза (лонного сочленения), растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата крестцово-подвздошного сустава (переломы таза типов А, В и С по классификации АО) в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функций опоры и передвижения.

Рентгенография костей таза в прямой проекции выполняется с интервалом 1 раз в 1–2 месяца до сращения перелома.

ГЛАВА 20

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ И ВЫВИХА БЕДРА

172. При установлении диагноза вывих бедра и (или) перелом вертлужной впадины с наличием вывиха бедра пациенту экстренно выполняется попытка устранения вывиха бедра.

До стабилизации состояния пациенту показано (в том числе, в отделении анестезиологии и реанимации) скелетное вытяжение.

173. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома вертлужной впадины и вывиха бедра являются:

неустраненный вывих (подвывих) головки бедра;

интерпозиция отломков в полости сустава;

неудовлетворительное положение отломков вертлужной впадины.

174. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома вертлужной впадины и вывиха бедра являются:

открытое устранение вывиха головки бедра;

удаление отломков из полости сустава;

остеосинтез перелома вертлужной впадины реконструктивной пластиной, винтами.

175. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

176. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

177. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

178. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

179. Пациенту после хирургического вмешательства:

при стабильно-функциональном остеосинтезе перелома вертлужной впадины иммобилизация не выполняется;

при нефункциональном остеосинтезе и после открытого устранения вывиха головки бедренной кости показана иммобилизация травмированной конечности деротационным сапожком сроком до 3 недель.

180. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома вертлужной впадины и вывиха бедра в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции выполняется с интервалом 1 раз в 1–2 месяца до сращения перелома (до восстановления функции тазобедренного сустава после вывиха бедра).

Сроки использования костылей при ходьбе и величина дозированной нагрузки конечности массой тела определяются индивидуально на основании данных рентгенографии и степени восстановления функции конечности.

ГЛАВА 21 ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ

181. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома ключицы являются:

сохраняющееся смещение фрагментов (неудовлетворительное стояние отломков);

угроза перфорации кожи отломками кости;

угроза или повреждение сосудисто-нервного пучка;

открытый перелом.

182. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома ключицы являются:

остеосинтез пластиной;

интрамедуллярный остеосинтез (спицами, стержнем).

183. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

184. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

185. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

186. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

187. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – косыночной повязкой до консолидации перелома;

при нестабильном остеосинтезе – повязкой Дезо до консолидации перелома.

188. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома ключицы в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография ключицы в прямой и каудальной проекциях выполняется с интервалом 2–4 недели до сращения перелома.

ГЛАВА 22 ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ЛОПАТКИ

189. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома лопатки являются:

грубое смещение шейки лопатки;

внутриставной перелом со смещением более 4–5 мм.

190. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома лопатки являются открытая репозиция, остеосинтез винтами и (или) пластиной, пластинами, спицами.

191. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

192. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

193. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

194. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

195. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности повязкой Дезо или косыночной повязкой сроком 2–6 недель до сращения перелома.

196. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома лопатки в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография лопатки в двух проекциях (прямая и Y (лопаточная)) выполняется с интервалом 2–4 недели до сращения перелома.

ГЛАВА 23

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

197. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома верхнего конца плечевой кости являются:

неудовлетворительное положение фрагментов головки и бугорков плечевой кости;
эпифизеолиз с выраженным смещением;
повреждение сосудисто-нервного пучка.

198. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома верхнего конца плечевой кости являются:

открытая или малоинвазивная репозиция, остеосинтез пластиной (при закрытии зон роста);

osteosynthesis интрамедуллярным стержнем (при закрытии зон роста);
osteosynthesis с применением титановых эластичных стержней;
osteosynthesis винтами и (или) спицами.

199. В качестве консервативного лечения перелома верхнего конца плечевой кости возможно использовать систему скелетного вытяжения.

200. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

201. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

202. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

203. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

204. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – косыночной повязкой сроком 3–6 недель (до консолидации перелома);

при нестабильном остеосинтезе – косыночной повязкой или повязкой Дезо сроком до 3–6 недель (до консолидации перелома).

205. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома верхнего конца плечевой кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография верхнего конца плечевой кости в двух проекциях (прямая и Y (лопаточная)) выполняется с интервалом 2–4 недели до сращения перелома.

ГЛАВА 24

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ТЕЛА (ДИАФИЗА) ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

206. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома тела (диафиза) плечевой кости являются:

неудовлетворительное положение отломков;
угроза перфорации кожи костным отломком;
повреждение магистральных сосудов.

Наличие нарушений функции лучевого нерва не является абсолютным медицинским показанием к хирургическому вмешательству.

207. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома тела (диафиза) плечевой кости являются:

- открытая или малоинвазивная репозиция, остеосинтез пластиной;
- osteosинтез интрамедуллярным стержнем (при закрытии зон роста);
- osteosинтез с применением титановых эластичных стержней;
- применение аппарата внешней фиксации.

208. В качестве консервативного лечения перелома тела (диафиза) плечевой кости возможно использовать систему скелетного вытяжения.

209. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

210. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

211. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

212. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

213. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – косыночная повязка сроком 1–3 недели;

при нестабильном остеосинтезе – косыночная повязка или повязка Дезо сроком 3–6 недель.

214. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома тела (диафиза) плечевой кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография плечевой кости в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 25

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

215. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома нижнего конца плечевой кости являются:

- неудовлетворительное положение отломков;
- угроза перфорации кожи костным отломком.

216. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома нижнего конца плечевой кости являются:

- закрытая репозиция, остеосинтез спицами;
- закрытая репозиция с применением титановых эластичных стержней;
- открытая репозиция, остеосинтез спицами и (или) винтами;
- мостовидная фиксация аппаратом внешней фиксации плечо-предплечье при наличии выраженного отека мягких тканей (до нормализации состояния мягких тканей);
- открытая репозиция и остеосинтез пластинами (при удовлетворительном состоянии мягких тканей и закрытии зон роста).

217. В качестве консервативного лечения перелома нижнего конца плечевой кости возможно использовать систему скелетного вытяжения.

218. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

219. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

220. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

221. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

222. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – косыночная повязка сроком 1–3 недели;

при нестабильном остеосинтезе – задняя гипсовая лонгетная повязка от верхней трети плеча до головок пястных костей сроком 3–8 недель до консолидации перелома.

223. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома нижнего конца плечевой кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография плечевой кости в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 3–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 26 ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА ПЛЕЧА

224. Методом лечения вывиха плеча является закрытое устранение вывиха (под общим обезболиванием при необходимости).

225. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении вывиха плеча является неудачная попытка закрытого устранения вывиха.

226. Методами хирургического вмешательства при лечении вывиха плеча являются:
открытое вправление;
трансартикулярная фиксация спицами.

227. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

228. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

229. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

230. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

231. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности косыночной повязкой или повязкой Дезо сроком 3 недели.

232. Медицинское наблюдение пациентов при лечении вывиха плеча в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский

хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография плечевого сустава в двух проекциях (прямая и аксимальная (лопаточная) проекции) выполняется через 3 и 6 недель после хирургического вмешательства.

ГЛАВА 27

ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

233. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении вывиха акромиально-ключичного сустава (при вывихе акромиального конца ключицы) является неудовлетворительное положение акромиального конца ключицы относительно акромиона.

234. Методами хирургического вмешательства при лечении вывиха акромиально-ключичного сустава (при вывихе акромиального конца ключицы) являются:

пластика связочного аппарата;

фиксация крючковидной пластиной (при закрытии зон роста);

закрытая репозиция и трансартикулярная фиксация спицей (спицами).

235. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

236. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

237. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

238. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

239. Пациенту после хирургического вмешательства показаны:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – косыночная повязка на 2–3 недели;

при нестабильном остеосинтезе – косыночная повязка или повязка Дезо сроком 4–6 недель.

240. Медицинское наблюдение пациентов при лечении вывиха акромиального конца ключицы в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

ГЛАВА 28

ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА ГРУДИННОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

241. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении вывиха грудинного конца ключицы является:

неудовлетворительное положение грудинного конца ключицы;

сохраняющаяся нестабильность грудино-ключичного сочленения.

242. Методом хирургического вмешательства при лечении вывиха грудинного конца ключицы является пластика связочного аппарата, при необходимости – трансартикулярная фиксация спицей (спицами).

243. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

244. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

245. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

246. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

247. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности косыночной повязкой или повязкой Дезо сроком 4–6 недель.

248. Медицинское наблюдение пациентов при лечении вывиха грудинного конца ключицы в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

ГЛАВА 29

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ МЫШЦЫ И СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ

249. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении травмы мышцы и сухожилия длинной головки двуглавой мышцы (разрыв проксимального сухожилия двуглавой мышцы плеча) являются:

снижение силы сгибания более 50 %;

физически активный образ жизни.

250. Методом хирургического вмешательства при лечении травмы мышцы и сухожилия длинной головки двуглавой мышцы является фиксация проксимального сухожилия двуглавой мышцы к верхней трети плечевой кости.

251. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

252. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

253. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

254. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

255. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности косыночной повязкой сроком 3–4 недели.

256. Медицинское наблюдение пациентов при лечении травм мышцы и сухожилия длинной головки двуглавой мышцы в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

ГЛАВА 30

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ МЫШЦЫ И СУХОЖИЛИЯ ДРУГИХ ЧАСТЕЙ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ

257. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении травмы мышцы и сухожилия других частей двуглавой мышцы (разрыв дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча) являются:

- снижение силы сгибания и (или) супинации более 50 %;
- физически активный образ жизни пациента.

258. Методом хирургического вмешательства при лечении отрыва дистального сухожилия двуглавой мышцы является фиксация дистального сухожилия двуглавой мышцы к бугристости лучевой кости.

259. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

260. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

261. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

262. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

263. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация лонгетной повязкой (или ортезом) локтевого сустава (от плечевого до лучезапястного сустава) 80–100° сгибания сроком 3–4 недели.

264. Медицинское наблюдение пациентов при лечении травмы мышцы и сухожилия других частей двуглавой мышцы в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

ГЛАВА 31

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ

265. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома проксимального конца локтевой кости являются:

- неудовлетворительное стояние отломков;
- угроза перфорации кожи костным отломком.

266. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома проксимального конца локтевой кости являются:

- открытая репозиция и остеосинтез спицами и проволокой;
- закрытая (либо открытая) репозиция, остеосинтез спицами;
- закрытая (либо открытая) репозиция, остеосинтез титановыми эластичными стержнями;

открытая репозиция и остеосинтез пластиной при оскольчатых переломах.

267. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

268. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

269. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

270. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

271. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – косыночной повязкой сроком 1–3 недели;

при нефункциональном остеосинтезе – повязкой от верхней трети плеча до головок пястных костей сроком 3–6 недель.

272. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома проксимального конца локтевой кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография локтевой кости в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 2–4 недели до сращения перелома.

ГЛАВА 32

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕГО КОНЦА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

273. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома верхнего конца лучевой кости являются:

неудовлетворительное положение отломков проксимального отдела лучевой кости; перелома-вывихи в сочетании с переломами локтевой кости.

274. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома верхнего конца лучевой кости являются:

закрытая репозиция, остеосинтез спицами;

закрытая репозиция, остеосинтез титановыми эластичными стержнями;

открытая репозиция переломов головки лучевой кости и остеосинтез спицами, винтами;

при оскольчатых переломах головки лучевой кости остеосинтез, при невозможности и закрытии зон роста – эндопротезирование, при невозможности – удаление головки лучевой кости;

открытая репозиция переломов шейки лучевой кости и остеосинтез пластиной (пластинами) при закрытии зон роста.

275. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

276. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

277. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

278. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

279. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – косыночной повязкой сроком 1–3 недели;

при нефункциональном остеосинтезе – повязкой от верхней трети плеча до головок пястных костей сроком 3–6 недель.

280. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома верхнего конца лучевой кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография лучевой кости в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 2–4 недели до сращения перелома.

ГЛАВА 33

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛА (ДИАФИЗА) ЛОКТЕВОЙ КОСТИ, ТЕЛА (ДИАФИЗА) ЛУЧЕВОЙ КОСТИ, СОЧЕТАННОГО ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗОВ ЛОКТЕВОЙ И ЛУЧЕВОЙ КОСТЕЙ

281. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении переломов тела (диафиза) локтевой кости, тела (диафиза) лучевой кости, сочетанного перелома диафизов локтевой и лучевой костей является неудовлетворительное положение отломков.

282. Методами хирургического вмешательства при лечении переломов тела (диафиза) локтевой кости, тела (диафиза) лучевой кости, сочетанного перелома диафизов локтевой и лучевой костей являются:

открытая репозиция, остеосинтез пластинами (спицами);

закрытая или открытая репозиция, интрамедуллярный остеосинтез (спицами, титановыми эластичными стержнями);

внешняя фиксация при переломах с тяжелыми повреждениями мягких тканей.

283. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

284. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

285. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

286. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

287. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – косыночной повязкой сроком 1–3 недели;

при нефункциональном остеосинтезе – повязкой от верхней трети плеча до головок пястных костей сроком 4–8 недель.

288. Медицинское наблюдение пациентов при лечении переломов тела (диафиза) локтевой кости, тела (диафиза) лучевой кости, сочетанного перелома диафизов локтевой и лучевой костей в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография предплечья в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–8 недель до сращения переломов.

ГЛАВА 34

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНЫХ КОНЦОВ ЛОКТЕВОЙ И ЛУЧЕВОЙ КОСТЕЙ

289. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении сочетанного перелома дистальных концов локтевой и лучевой костей являются:

- неудовлетворительное положение отломков после закрытой репозиции;
- неудерживаемые после вправления переломы;
- вторичное смещение после репозиции.

290. Методами хирургического вмешательства при лечении сочетанного перелома дистальных концов локтевой и лучевой костей являются:

- закрытая репозиция, остеосинтез спицами;
- закрытая репозиция, остеосинтез аппаратом внешней фиксации;
- открытая репозиция, остеосинтез пластиной (пластинами) и (или) спицами.

291. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

292. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

293. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

294. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

295. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация конечности:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – лонгетной повязкой на предплечье–кисть сроком 1–2 недели (до нормализации состояния мягких тканей и снижения болевого синдрома);

при нефункциональном остеосинтезе – повязкой от верхней трети предплечья (или от нижней трети плеча) до головок пястных костей сроком 3–8 недель.

296. Медицинское наблюдение пациентов при лечении сочетанного перелома дистальных концов локтевой и лучевой костей в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции верхней конечности.

Рентгенография нижней трети предплечья в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 3–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 35

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА

297. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома шейки бедра являются переломы шейки бедренной кости со смещением или угрозой смещения.

298. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома шейки бедра являются:

- закрытая репозиция, остеосинтез канюлированными винтами;
- закрытая репозиция, остеосинтез спицами;
- открытая репозиция, остеосинтез спицами;
- открытая репозиция, остеосинтез винтами и (или) пластиной.

299. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

300. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

301. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

302. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

303. Пациенту после хирургического вмешательства:
при стабильно-функциональном остеосинтезе иммобилизация не выполняется;
при нефункциональном остеосинтезе показана иммобилизация конечности деротационным сапожком сроком 3 недели.

304. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома шейки бедра в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография тазобедренного сустава в двух проекциях (прямая с внутренней ротацией и боковая) выполняется с интервалом 4–8 недель до сращения перелома при выполнении остеосинтеза.

ГЛАВА 36

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА, ПОДВЕРТЕЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА

305. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении чрезвертельного перелома, подвертельного перелома является смещение костных отломков, не устранимое консервативными методами, а также осложненные переломы (открытые, с ангионеврологическими нарушениями).

306. Методами хирургического вмешательства при лечении чрезвертельного перелома, подвертельного перелома являются:

закрытая репозиция, остеосинтез спицами (канюлированными винтами);

открытая репозиция, остеосинтез спицами (винтами);

osteosintez клинковыми пластинами или пластинами с угловой стабильностью фиксации винтов;

osteosintez с применением аппаратов внешней фиксации.

Перед остеосинтезом пациенту показана фиксация деротационным сапожком или скелетное вытяжение до начала хирургического вмешательства.

307. В качестве консервативного лечения чрезвертельного перелома, подвертельного перелома возможно использовать систему скелетного вытяжения.

308. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

309. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

310. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

311. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

312. Пациенту после хирургического вмешательства:
при стабильно-функциональном остеосинтезе иммобилизация не выполняется;
при нефункциональном остеосинтезе показана иммобилизация конечности деротационным сапожком или кокситной гипсовой повязкой сроком 4–10 недель.

313. Медицинское наблюдение пациентов при лечении чрезвертельного перелома, подвертельного перелома в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография тазобедренного сустава и верхней трети бедра в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–8 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 37

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ТЕЛА (ДИАФИЗА) БЕДРЕННОЙ КОСТИ

314. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома тела (диафиза) бедренной кости являются:

смещение костных отломков, не устранимое консервативными методами;
осложненные переломы (открытые, с ангионеврологическими нарушениями).

315. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома тела (диафиза) бедренной кости являются:

интрамедуллярный остеосинтез (интрамедуллярным стержнем с блокированием (при закрытых зонах роста), интрамедуллярным стержнем без блокирования, телескопическим интрамедуллярным стержнем, спицами, титановыми эластичными стержнями);

osteosintez plastinoj;

применение аппарата внешней фиксации.

Перед хирургическим вмешательством пациенту показаны скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости (при закрытых зонах роста) или надмыщелковую область бедра или фиксация аппаратом внешней фиксации.

316. Медицинскими противопоказаниями к хирургическому вмешательству являются:

декомпенсация соматической патологии;

нарушение нервно-психического статуса;

воспалительные изменения тканей в области хирургического вмешательства.

При наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству возможно консервативное лечение перелома с помощью скелетного вытяжения или иммобилизации гипсовой повязкой.

317. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

318. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

319. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

320. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

321. Пациенту после хирургического вмешательства:

при стабильно-функциональном остеосинтезе иммобилизация не выполняется;

при нефункциональном остеосинтезе показана иммобилизация конечности кокситной повязкой сроком 4–12 недель.

322. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома тела (диафиза) бедренной кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография бедренной кости в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–8 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 38

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

323. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении перелома дистального конца бедренной кости является перелом дистального отдела бедренной кости со смещением костных отломков, не устранимый консервативными методами, а также осложненные переломы (открытые, с ангионеврологическими нарушениями).

324. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома дистального конца бедренной кости являются:

закрытая (открытая) репозиция, остеосинтез спицами;
интрамедуллярный остеосинтез (спицами, титановыми эластичными стержнями, интрамедуллярным стержнем с блокированием (при закрытии зон роста));
osteosинтез пластинами с угловой стабильностью винтов;
закрытая и (или) открытая репозиция, остеосинтез пластиной (пластинами);
применение аппарата внешней фиксации.

Перед хирургическим вмешательством пациенту показано скелетное вытяжение.

325. Медицинскими противопоказаниями к хирургическому вмешательству являются:

декомпенсация соматической патологии;
нарушение нервно-психического статуса;
воспалительные изменения тканей в области хирургического вмешательства.

При наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству возможно консервативное лечение перелома с помощью скелетного вытяжения или иммобилизации гипсовой повязкой.

326. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

327. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

328. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

329. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

330. Пациенту после хирургического вмешательства:

при стабильно-функциональном остеосинтезе иммобилизация не выполняется;
при нефункциональном остеосинтезе показана иммобилизация задней лонгетной повязкой (циркулярной повязкой) от ягодичной складки до пальцев стопы сроком 4–10 недель.

331. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома дистального конца бедренной кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед

(врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография нижней трети бедра включая коленный сустав в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–8 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 39

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ЧЕТЫРЕХГЛAVОЙ МЫШЦЫ И ЕЕ СУХОЖИЛИЯ

332. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении травмы четырехглавой мышцы и ее сухожилия является разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра или собственной связки надколенника.

333. Методами хирургического вмешательства при лечении травмы четырехглавой мышцы и ее сухожилия являются:

реинсерция сухожилия четырехглавой мышцы к надколеннику;

шов сухожилия четырехглавой мышцы, собственной связки надколенника;

реинсерция собственной связки надколенника к бугристости большеберцовой кости (при закрытии зоны роста).

334. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

335. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

336. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

337. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

338. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация лонгетной повязкой или ортезом по задней поверхности коленного сустава сроком 4–6 недель.

339. Медицинское наблюдение пациентов при лечении травмы четырехглавой мышцы и ее сухожилия в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

ГЛАВА 40

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА НАДКОЛЕННИКА

340. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении перелома надколенника является перелом надколенника с разрывом разгибательного аппарата и смещением фрагментов.

341. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома надколенника являются:

открытая репозиция, остеосинтез спицами и проволокой;

открытая репозиция, остеосинтез винтами и (или) пластинами.

342. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

343. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

344. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

345. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

346. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация лонгетной повязкой или ортезом по задней поверхности коленного сустава сроком 4–6 недель.

347. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома надколенника в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография надколенника в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 41

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

348. При лечении перелома проксимального отдела большеберцовой кости с повреждениями мягких тканей (или наличии угрозы развития таких поражений) показаны:

скелетное вытяжение в предоперационном периоде или как окончательный метод лечения;

мостовидная фиксация аппаратом внешней фиксации (бедро–голень).

Длительность применения скелетного вытяжения или мостовидной фиксации аппаратом внешней фиксации определяется состоянием мягких тканей.

349. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении перелома проксимального отдела большеберцовой кости является неудовлетворительное положение костных отломков.

350. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома проксимального отдела большеберцовой кости являются:

закрытая и (или) открытая репозиция, остеосинтез пластиной или пластинами;

закрытая и (или) открытая репозиция, остеосинтез спицами (винтами);

применение аппаратов внешней фиксации.

351. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

352. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

353. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

354. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

355. Пациенту после хирургического вмешательства:

при стабильно-функциональном остеосинтезе иммобилизация не выполняется;

при нефункциональном остеосинтезе показана иммобилизация задней лонгетной повязкой (циркулярной повязкой) от ягодичной складки до пальцев стопы сроком 4–10 недель.

356. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома проксимального отдела большеберцовой кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография проксимального отдела большеберцовой кости в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–8 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 42

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ТЕЛА (ДИАФИЗА) БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

357. При лечении перелома тела (диафиза) большеберцовой кости возможно применение скелетного вытяжения в предоперационном периоде как окончательного метода лечения при достижении приемлемого положения костных отломков или при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству.

358. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома тела (диафиза) большеберцовой кости являются:

перелом диафиза большеберцовой кости со смещением костных отломков, не устранимым консервативными методами;

осложненные переломы (открытые, с ангионеврологическими нарушениями).

359. Медицинскими противопоказаниями к хирургическому вмешательству являются:

декомпенсация соматической патологии;

нарушение нервно-психического статуса;

воспалительные изменения тканей в области хирургического вмешательства.

360. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома тела (диафиза) большеберцовой кости являются:

интрамедуллярный остеосинтез (интрамедуллярным стержнем с блокированием (при закрытых зонах роста), интрамедуллярным стержнем без блокирования, телескопическим интрамедуллярным стержнем, спицами, титановыми эластичными стержнями);

остеосинтез пластиной, винтами, спицами;

применение аппарата внешней фиксации.

361. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

362. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

363. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

364. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

365. Пациенту после хирургического вмешательства:

при стабильно-функциональном остеосинтезе иммобилизация не выполняется;

при нефункциональном остеосинтезе показана иммобилизация циркулярной гипсовой повязкой от ягодичной складки до пальцев стопы сроком 4–12 недель.

366. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома тела (диафиза) большеберцовой кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография голени в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 43

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

367. При лечении перелома дистального отдела большеберцовой кости с повреждениями мягких тканей (или наличии угрозы развития таких поражений) показаны:

скелетное вытяжение в предоперационном периоде или как окончательный метод лечения;

мостовидная фиксация аппаратом внешней фиксации (голень–стопа).

Длительность применения скелетного вытяжения или мостовидной фиксации аппаратом внешней фиксации определяется состоянием мягких тканей.

368. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома дистального отдела большеберцовой кости являются:

неудовлетворительное положение отломков после закрытой репозиции;

угроза перфорации кожи костным отломком;

открытые переломы.

369. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома дистального отдела большеберцовой кости являются:

закрытая репозиция, остеосинтез спицами (канюлированными винтами);

малоинвазивная репозиция, остеосинтез пластинами и винтами;

интрамедуллярный остеосинтез;

открытая репозиция, остеосинтез пластинами, винтами, спицами;

применение аппаратов внешней фиксации.

370. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

371. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

372. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

373. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

374. Пациенту после хирургического вмешательства:

при стабильно-функциональном остеосинтезе иммобилизация не выполняется;

при нефункциональном остеосинтезе показана иммобилизация лонгетной повязкой по задней поверхности голени от верхней трети голени до пальцев стопы сроком до 12 недель.

375. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома дистального отдела большеберцовой кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография голени в двух проекциях выполняется с интервалом 4–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 44

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ВНУТРЕННЕЙ (МЕДИАЛЬНОЙ) ЛОДЫЖКИ, ПЕРЕЛОМА НАРУЖНОЙ (ЛАТЕРАЛЬНОЙ) ЛОДЫЖКИ, ПЕРЕЛОМОВ ДРУГИХ ОТДЕЛОВ ГОЛЕНИ (ПЕРЕЛОМ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ДВУХЛОДЫЖЕЧНЫЙ, ТРЕХЛОДЫЖЕЧНЫЙ)

376. При лечении перелома внутренней (медиальной) лодыжки, перелома наружной (латеральной) лодыжки, переломов других отделов голени (перелом голеностопного

сустава двухлодыжечный, трехлодыжечный) с повреждениями мягких тканей (или наличии угрозы развития повреждений мягких тканей) показаны:

иммобилизация конечности в гипсовой повязке;

скелетное вытяжение;

устранение грубой деформации и трансартикулярная фиксация спицами;

мостовидная фиксация аппаратом внешней фиксации (голень–стопа).

Длительность применения лечения определяется состоянием мягких тканей.

377. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома внутренней (медиальной) лодыжки, перелома наружной (латеральной) лодыжки, переломов других отделов голени (перелом голеностопного сустава двухлодыжечный, трехлодыжечный) являются:

неудовлетворительное положение отломков после закрытой репозиции;

неудерживаемые после вправления переломы;

угроза перфорации кожи костным отломком;

открытые переломы.

378. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома внутренней (медиальной) лодыжки, перелома наружной (латеральной) лодыжки, переломов других отделов голени (перелом голеностопного сустава двухлодыжечный, трехлодыжечный) являются закрытая или открытая репозиция, остеосинтез пластинами, винтами, спица.

379. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

380. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

381. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

382. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

383. Пациенту после хирургического вмешательства:

при стабильно-функциональном остеосинтезе иммобилизация не выполняется;

при нефункциональном остеосинтезе показана иммобилизация лонгетной повязкой по задней поверхности голени от верхней трети голени до пальцев стопы сроком 4–8 недель.

384. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома внутренней (медиальной) лодыжки, перелома наружной (латеральной) лодыжки, переломов других отделов голени (перелом голеностопного сустава двухлодыжечный, трехлодыжечный) в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография нижней трети голени и голеностопного сустава в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 4–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 45

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ ПЯТОЧНОГО (АХИЛЛОВА) СУХОЖИЛИЯ

385. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении травмы пяточного (ахиллова) сухожилия являются:

разрыв ахиллова сухожилия;

физически активный образ жизни пациента.

При наличии адаптации концов сухожилия при подошвенном сгибании стопы под ультразвуковым контролем или у пациентов с высоким риском осложнений (при

выполнении хирургического вмешательства или после него) возможно консервативное лечение с применением внешней иммобилизации конечности лонгетной или циркулярной повязкой или ортезами.

386. Методами хирургического вмешательства при лечении травмы пяточного (ахиллова) сухожилия являются:

закрытый шов пяточного (ахиллова) сухожилия.

открытый шов пяточного (ахиллова) сухожилия.

шов пяточного (ахиллова) сухожилия с пластикой сухожилием подошвенной мышцы, длинного сгибателя большого пальца или лоскута апоневроза икроножной мышцы.

387. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

388. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

389. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

390. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

391. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация передней лонгетной повязкой на голеностопный сустав от верхней трети голени до кончиков пальцев стопы в положении 20° подошвенного сгибания или ортезом сроком 4–8 недель.

392. Медицинское наблюдение пациентов при лечении травмы пяточного (ахиллова) сухожилия в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

ГЛАВА 46 ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

393. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома пяточной кости являются:

неудовлетворительное положение отломков;

внутрисуставные переломы со смещением;

открытые переломы.

394. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома пяточной кости являются:

закрытая и (или) открытая репозиция, остеосинтез спицами;

открытая репозиция, остеосинтез спицами и (или) пластиной;

применение аппаратов внешней фиксации.

395. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

396. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

397. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

398. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

399. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – лонгетной повязкой сроком 1–2 недели до нормализации состояния мягких тканей;

при нефункциональном остеосинтезе – лонгетной повязкой по задней поверхности голени или циркулярной гипсовой повязкой от верхней трети голени до пальцев стопы сроком 4–8 недель.

400. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома пяточной кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография пяточной кости в двух проекциях (прямая и аксиальная) выполняется с интервалом 4–8 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 47 ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ТАРАННОЙ КОСТИ

401. Медицинскими показаниями к хирургическому вмешательству при лечении перелома таранной кости являются:

перелом шейки, головки таранной кости со смещением отломков;

переломы со смещением;

переломо-вывихи.

402. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома таранной кости являются:

закрытая репозиция;

открытая репозиция – остеосинтез винтами, пластинами, спицами Киршнера в сочетании с применением аппаратов внешней фиксации или без них.

403. При наличии повреждений мягких тканей (или угрозы развития таких поражений) показаны:

иммобилизация конечности в гипсовой повязке;

скелетное вытяжение за пяточную кость;

мостовидная фиксация аппаратом внешней фиксации (голень–стопа).

Длительность применения лечения определяется состоянием мягких тканей.

404. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

405. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

406. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

407. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

408. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация:

при стабильно-функциональном остеосинтезе – лонгетной повязкой сроком 1–2 недели до нормализации состояния мягких тканей;

при нефункциональном остеосинтезе – лонгетной повязкой по задней поверхности голени или циркулярной гипсовой повязкой от верхней трети голени до пальцев стопы сроком до 12 недель.

409. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома таранной кости в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография таранной кости в трех проекциях (прямая, боковая и по Canale) выполняется с интервалом 4–8 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 48 ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ДРУГИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЮСНЫ

410. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении перелома других костей предплюсны является неудовлетворительное положение отломков.

411. Методами хирургического вмешательства при лечении перелома других костей предплюсны являются:

одномоментное закрытое вправление с фиксацией спицами Киршнера и (или) винтами;

открытое вправление с использованием аппаратов внешней фиксации;

открытое вправление с фиксацией спицами, винтами или пластинами.

412. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

413. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

414. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

415. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

416. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация гипсовой повязкой от верхней трети голени до кончиков пальцев сроком 4–10 недель.

417. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома других костей предплюсны в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография стопы в трех проекциях (прямая, боковая и косая) выполняется с интервалом 4–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 49 ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ПЛЮСНЫ

418. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении перелома костей плюсны является неудовлетворительное положение отломков.

419. Методом хирургического вмешательства при лечении перелома костей плюсны является закрытая и (или) открытая репозиция, остеосинтез спицами, винтами или пластинами, при множественных и открытых повреждениях – с использованием внешней фиксации.

420. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

421. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

422. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

423. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

424. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация гипсовой повязкой или ортезом от верхней трети голени до кончиков пальцев сроком 3–6 недель.

425. Медицинское наблюдение пациентов при лечении перелома костей плюсны в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Рентгенография стопы в двух проекциях (прямая и боковая) выполняется с интервалом 3–6 недель до сращения перелома.

ГЛАВА 50 ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА ПАЛЬЦА(ЕВ) СТОПЫ

426. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении вывиха пальца(ев) стопы является вывих двух и более пальцев с нестабильным вправлением.

427. Методами хирургического вмешательства при лечении вывиха пальца(ев) стопы являются:

закрытая репозиция;

одномоментное закрытое вправление, вправление или открытое вправление с фиксацией спицами Киршнера.

428. В ходе предоперационной подготовки пациент осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом детским, по медицинским показаниям повторно могут выполняться лабораторные и функциональные исследования.

429. Вид обезболивания определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом детским в зависимости от общего состояния пациента, его возраста, массы тела, объема и продолжительности хирургического вмешательства.

430. С целью периоперационной антибиотикопрофилактики применяется один из ЛП, указанных в приложении 2.

Периоперационная антибиотикопрофилактика не показана при хирургических вмешательствах без имплантации чужеродного материала.

431. При болевом синдроме в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома) назначается один из ЛП, указанных в приложении 3.

432. Пациенту после хирургического вмешательства показана иммобилизация подошвенной лонгетной повязкой от кончиков пальцев до средней трети голени или ортезом сроком 3–6 недель.

433. Медицинское наблюдение пациентов при лечении вывиха пальцев стопы в амбулаторных условиях осуществляет врач-травматолог-ортопед (врач – детский хирург) амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания) пациента до восстановления функции нижней конечности.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с ортопедо-
травматологической патологией
в стационарных условиях»

**Обязательные диагностические исследования при лечении ортопедо-травматологических патологий
в специализированном отделении больничной организации**

| № п/п | Нозологическая форма заболевания (шифр по МКБ-10) | Вид исследования |
|-------|---|--|
| 1 | G80 Церебральный паралич; G81 Гемиплегия; G82 Параплегия и тетраплегия; G83.0 Диплегия верхних конечностей; G83.1 Моноплегия нижней конечности; G83.2 Моноплегия верхней конечности; G83.3 Моноплегия неуточненная; G83.4 Синдром конского хвоста; G83.8 Другие уточненные паралитические синдромы; G83.9 Паралитический синдром неуточненный) | Рентгенография тазобедренных суставов (прямая проекция, рентгенограмма в проекции по Лаунштейну, прямая проекция с отведением и внутренней ротацией бедер) |
| 2 | M12.2 Ворсинчато-узелковый (виллонодулярный) синовит (пигментный) | Рентгенография пораженного сустава, доплерография, МРТ или КТ пораженного сустава |
| 3 | M21.0 Вальгусная деформация, не классифицированная в других рубриках | Рентгенография пораженного сегмента в прямой и боковой проекциях с захватом двух близлежащих суставов |
| 4 | M21.1 Варусная деформация, не классифицированная в других рубриках | Рентгенография пораженного сегмента в прямой и боковой проекциях с захватом двух близлежащих суставов |
| 5 | M21.4 Плоская стопа (pes planus) (приобретенная) | Рентгенография стопы в прямой и боковой проекциях под нагрузкой |
| 6 | M22.0 Привычный вывих надколенника | Рентгенография коленного сустава в прямой и боковой проекциях; рентгенография коленного сустава в аксиальной проекции со сгибанием 30, 45 и 60 градусов; МРТ коленного сустава |
| 7 | M85.0 Фиброзная дисплазия (избирательная, одной кости); Q78.0 Незавершенный остеогенез | Рентгенография пораженного сегмента в прямой и боковой проекциях с захватом двух близлежащих суставов |
| 8 | M91.1 Юношеский остеохондроз головки бедренной кости (Легга-Кальве-Пертеса)) | Рентгенография в прямой и по Лауэнштейну проекциях |
| 9 | M92.5 Юношеский остеохондроз большой и малой берцовых костей | Рентгенография голени в прямой и боковой проекциях |
| 10 | M95.4 Приобретенная деформация грудной клетки и ребер | Рентгенография органов грудной клетки; рентгенограмма грудины в боковой проекции; КТ грудной клетки с 3D-реконструкцией |
| 11 | Q65 Врожденные деформации бедра | Рентгенография тазобедренных суставов (прямая проекция, рентгенограмма в проекции по Лаунштейну, прямая проекция с отведением и внутренней ротацией бедер) |

| | | |
|----|---|---|
| 12 | Q66 Врожденные деформации стопы | Рентгенография стопы в прямой и боковой проекциях |
| 13 | Q67.6 Впалая грудь; Q67.7 Килевидная грудь; Q67.8 Другие врожденные деформации грудной клетки | Рентгенография органов грудной клетки; рентгенограмма грудины в боковой проекции; КТ грудной клетки с 3D-реконструкцией |
| 14 | Q68.0 Врожденная деформация грудиноключично-сосцевидной мышцы | Рентгенография шейно-грудного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях |
| 15 | Q71 Дефекты, укорачивающие верхнюю конечность | Рентгенография пораженного сегмента в прямой и боковой проекциях с захватом двух близлежащих суставов |
| 16 | Q72 Дефекты, укорачивающие нижнюю конечность | Рентгенография пораженного сегмента в прямой и боковой проекциях с захватом двух близлежащих суставов |
| 17 | Q78.4 Энхондроматоз | Рентгенография пораженного сегмента в прямой и боковой проекциях с захватом двух близлежащих суставов |
| 18 | S32.1 Перелом крестца; S32.3 Перелом подвздошной кости; S32.5 Перелом лобковой кости; S32.7 Множественные переломы пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза; S33.2 Вывих крестцово-подвздошного сустава и крестцово-копчикового соединения; S33.4 Травматический разрыв лобкового симфиза (лонного сочленения); S33.6 Растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата крестцово-подвздошного сустава | Рентгенография костей таза в прямой, косой краниальной и каудальной (45°) проекциях |
| 19 | S32.4 Перелом вертлужной впадины; S73.0 Вывих бедра | Рентгенография костей таза в прямой, подвздошной и запирающей проекциях |
| 20 | S42.0 Перелом ключицы | Рентгенография ключицы в прямой (переднезадней) проекции и косой проекции (с наклоном трубки 30°) |
| 21 | S42.1 Перелом лопатки | Рентгенография лопатки в прямой и Y (лопаточной) проекциях; |
| 22 | S42.2 Перелом верхнего конца плечевой кости | Рентгенография плечевой кости в прямой и Y-проекциях |
| 23 | S42.3 Перелом тела (диафиза) плечевой кости | Рентгенография плечевой кости в прямой и боковой проекциях |
| 24 | S42.4 Перелом нижнего конца плечевой кости | Рентгенография локтевого сустава в прямой и боковой проекциях |
| 25 | S43.0 Вывих плечевого сустава | Рентгенография плечевого сустава в прямой и эпюлетной или Y(лопаточной)) проекциях |
| 26 | S43.1 Вывих акромиально-ключичного сустава (вывих акромиального конца ключицы) | Рентгенография акромиально-ключичного сочленения в прямой, косой и эпюлетной проекциях |
| 27 | S43.2 Вывих грудино-ключичного сустава | Рентгенография грудинного конца ключицы в прямой проекции |
| 28 | S46.1 Травма мышцы и сухожилия длинной головки двуглавой мышцы | Рентгенография плечевого сустава (обзорная) |
| 29 | S46.2 Травма мышцы и сухожилия других частей двуглавой мышцы | Рентгенография локтевого сустава (обзорная) |
| 30 | S52.0 Перелом верхнего конца локтевой кости | Рентгенография локтевой кости в прямой и боковой проекциях |
| 31 | S52.1 Перелом верхнего конца лучевой кости | Рентгенография локтевой кости в прямой и боковой проекциях |
| 32 | S52.2 Перелом тела (диафиза) локтевой кости; S52.3 Перелом тела (диафиза) лучевой кости; S52.4 Сочетанный перелом диафизов локтевой и лучевой костей | Рентгенография предплечья в прямой и боковой проекциях |

| | | |
|----|---|--|
| 33 | S52.6 Сочетанный перелом нижних концов локтевой и лучевой костей | Рентгенография в нижней трети предплечья и лучезапястного сустава в прямой и боковой проекциях |
| 34 | S72.0 Перелом шейки бедра | Рентгенография тазобедренного сустава в прямой с внутренней ротацией и боковой проекциях |
| 35 | S72.1 Чрезвертельный перелом; S72.2 Подвертельный перелом | Рентгенография верхней трети бедра в прямой и боковой проекциях |
| 36 | S72.3 Перелом тела (диафиза) бедренной кости | Рентгенография бедренной кости в прямой и боковой проекциях |
| 37 | S72.4 Перелом нижнего конца бедренной кости | Рентгенография нижней трети бедра, включая коленный сустав в прямой и боковой проекциях |
| 38 | S76.1 Травма четырехглавой мышцы и ее сухожилия | Рентгенография коленного сустава в прямой и боковой проекциях |
| 39 | S82.0 Перелом надколенника | Рентгенография коленного сустава в прямой и боковой проекциях |
| 40 | S82.1 Перелом проксимального отдела большеберцовой кости | Рентгенография верхней трети голени и коленного сустава в прямой и боковой проекциях |
| 41 | S82.2 Перелом тела (диафиза) большеберцовой кости | Рентгенография голени в прямой и боковой проекциях |
| 42 | S82.3 Перелом дистального отдела большеберцовой кости | Рентгенография нижней трети голени и голеностопного сустава в прямой и боковой проекциях |
| 43 | S82.5 Перелом внутренней (медиальной) лодыжки; S82.6 Перелом наружной (латеральной) лодыжки; S82.8 Переломы других отделов голени (перелом голеностопного сустава двухлодыжечный, трехлодыжечный) | Рентгенография нижней трети голени и голеностопного сустава в прямой и боковой проекциях |
| 44 | S86.0 Травма пяточного (ахиллова) сухожилия | УЗИ пяточного (ахиллова) сухожилия |
| 45 | S92.0 Перелом пяточной кости | Рентгенография пяточной кости в прямой и аксиальной проекциях; рентгенография пяточной кости по Бродену (для контроля положения подтаранного сустава) |
| 46 | S92.1 Перелом таранной кости | Рентгенография стопы в прямой и боковой проекциях; рентгенография по Canale |
| 47 | S92.2 Перелом других костей предплюсны; S92.3 Перелом костей плюсны | Рентгенография стопы в прямой, боковой и косой проекциях |
| 48 | S93.1 Вывих пальца(ев) стопы | Рентгенография стопы в прямой и боковой проекциях |

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с ортопедо-
травматологической патологией
в стационарных условиях»

ЛП, применяемые с целью периоперационной антибиотикопрофилактики

| № п/п | Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы ЛП | Международное непатентованное наименование ЛП | Лекарственные формы, дозировки | Режим дозирования |
|-------|--|---|--|---|
| 1 | J01D Прочие бета-лактамы антибиотики | Цефазолин | Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 500 мг, 1000 мг | Вводится внутривенно за 60 минут до хирургического вмешательства. Пациентам в возрасте 1 месяца и старше с массой тела менее 40 кг – по 50 мг/кг, пациентам в возрасте старше 12 лет и массой тела более 40 кг – по 1,0 г |

| | | | | |
|---|---|-------------|---|--|
| 2 | J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограммины | Клиндамицин | Раствор для инъекций 150 мг/мл 2 мл | Вводится внутривенно за 60 минут до хирургического вмешательства в дозе 20–40 мг/кг (противопоказан пациентам до 3 лет) |
| 3 | J01XA Гликопептидные антибактериальные средства | Ванкомицин | Лиофилизированный порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий 500 мг, 1000 мг Порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг, 1000 мг | Вводится внутривенно за 120 минут до хирургического вмешательства (вследствие длительности инфузии не менее 60 минут). Пациентам до 12 лет рекомендуемая доза составляет 15–20 мг/кг, старше 12 лет – 15 мг/кг (не более 2 г) |
| 4 | J01G Аминогликозидные антибиотики | Гентамицин | Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 40 мг/мл 2 мл | При аллергии на бета-лактамы антибактериальные ЛП по I типу в монотерапии либо в комбинации: клиндамицин 20–40 мг/кг (противопоказан пациентам до 3 лет) + гентамицин 5 мг/кг; вводится внутривенно за 60 минут до хирургического вмешательства; метронидазол 7,5 мг/кг + гентамицин 5 мг/кг; вводится внутривенно за 60 минут до хирургического вмешательства |

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с ортопедо-
травматологической патологией
в стационарных условиях»

ЛП, назначаемые в послеоперационном периоде с обезболивающей целью (на выбор в зависимости от интенсивности болевого синдрома)

| № п/п | Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы ЛП | Международное непатентованное наименование ЛП | Лекарственные формы, дозировки | Режим дозирования |
|-------|--|---|---|--|
| 1 | M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства | Ибупрофен | Суспензия для приема внутрь (для внутреннего применения) 20 мг/мл | Перорально, пациентам 3–6 месяцев (с массой тела более 5 кг) – по 2,5 мл до 3 раз в сутки; пациентам 6–12 месяцев (с массой тела 7–9 кг) – по 2,5 мл 3–4 раза в сутки; пациентам 1–3 года (с массой тела 10–15 кг) – по 5,0 мл до 3 раз в сутки; пациентам 4–6 лет (с массой тела 16–20 кг) – по 7,5 мл до 3 раз в сутки; пациентам 9–12 лет (с массой тела 31–40 кг) – по 15,0 мл до 3 раз в сутки; пациентам старше 12 лет (с массой тела более 40 кг) – по 15–20 мл до 3 раз в сутки. Минимальный интервал между очередными дозами 4–6 часов. Максимальная суточная доза 30 мг/кг |
| | | | Таблетки, покрытые оболочкой, 200 мг, 400 мг | Перорально, пациентам старше 12 лет – по 200 мг 1–4 раза в сутки, по 400 мг 1–2 раза в сутки. |
| | | | Капсулы 200 мг, 400 мг | Минимальный интервал между очередными дозами 4–6 часов. Максимальная суточная доза 1200 мг |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------|--|---|
| 2 | N02A Опиоиды | Трамадол | Раствор для инъекций 50 мг/мл 2 мл | Доза ЛП корректируется в зависимости от интенсивности болевого синдрома и чувствительности пациента. Раствор для инъекций предназначен для внутривенного, внутримышечного, подкожного введения. Пациентам в возрасте от 1 года до 14 лет – однократная доза из расчета 1–2 мг/кг, максимальная суточная доза не должна превышать 4–8 мг/кг. Пациентам старше 14 лет обычная разовая доза для внутривенного, подкожного или внутримышечного введения составляет 50–100 мг |
| | | | Таблетки 50 мг Капсулы 50 мг | Пациентам старше 14 лет обычная доза для однократного перорального приема составляет 50 мг (1 таблетка), при необходимости прием повторяется каждые 4–6 часов. Максимальная суточная доза не должна превышать 400 мг |
| | | Тримеперидин | Раствор для внутримышечного и подкожного введения 20 мг/мл 1 мл | В послеоперационном периоде ЛП вводится под кожу пациентам старше 2 лет в дозе 0,1–0,5 мг/кг |
| 3 | N02B Прочие анальгетики-антипиретики | Парацетамол | Раствор для инфузий 10 мг/мл 20 мл, 50 мл, 100 мл | ЛП вводится строго внутривенно в течение 15 минут, интервал между инфузиями должен составлять не менее 4 часов. Пациентам с массой тела менее 10 кг – 7,5 мг/кг (7,5 мл), максимальная суточная доза 30 мг/кг; пациентам с массой тела от 10 кг до 33 кг – 15 мг/кг (49,5 мл), максимальная суточная доза 60 мг/кг, но не более 2 г; пациентам с массой тела от 34 кг до 50 кг – 15 мг/кг (75 мл), максимальная суточная доза 60 мг/кг, но не более 3 г; пациентам с массой тела более 50 кг – 1 г (100 мл), максимальная суточная доза 4 г (400 мл) |
| | | | Раствор для приема внутрь (сироп) 30 мг/мл 90 мл | Перорально, максимальная рекомендуемая суточная доза парацетамола составляет 60 мг/кг в сутки, которую необходимо разделить на 4 приема, то есть 15 мг/кг (средняя разовая доза) каждые 6 часов |
| | | | Таблетки 200 мг, 500 мг | Перорально, пациентам в возрасте 6–12 лет разовая доза составляет 10–15 мг/кг массы тела 3–4 раза в сутки, интервал между приемами должен составлять не менее 4 часов, максимальная суточная доза 60 мг/кг. Пациентам старше 12 лет – разовая доза 2 таблетки по 200 мг или 1 таблетка по 500 мг каждые 4–6 часов, интервал между приемами должен составлять не менее 4 часов, максимальная суточная доза 4 г |