



ЗАГАД

ПРИКАЗ

05.07.2012 № 768

г. Минск

г. Минск

Об утверждении некоторых  
клинических протоколов и  
признании утратившими силу  
отдельного структурного элемента  
приказа Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
от 19 мая 2005 г. № 274

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года и Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

клинический протокол диагностики и лечения острого бронхита и хронического бронхита согласно приложению 1 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения пневмоний согласно приложению 2 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения астмы согласно приложению 3 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких согласно приложению 4 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения бронхоэктатической болезни согласно приложению 5 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения интерстициальных легочных болезней согласно приложению 6 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения саркоидоза согласно приложению 7 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения абсцесса легкого и средостения согласно приложению 8 к настоящему приказу;

клинический протокол диагностики и лечения пиоторакса (эмпиемы плевры) согласно приложению 9 к настоящему приказу.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, обеспечить проведение диагностики, лечение и профилактику заболеваний в соответствии с клиническими протоколами, указанными в пункте 1 настоящего приказа.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневича Д.Л.

Министр

В.И.Жарко

Приложение 8  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
05.07.2012 № 768

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ диагностики и лечения абсцесса легкого и средостения

### ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящий клинический протокол диагностики и лечения абсцесса легкого и средостения предназначен для оказания медицинской помощи населению в стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь.

Абсцесс легкого – ограниченное гнойное воспаление легочной ткани с деструкцией ее паренхимы и бронхов, их расплавлением и образованием полости.

Чаще всего абсцессы возникают на фоне неразрешившейся пневмонии, особенно, если последняя сочетается с нарушением проходимости дренирующего бронха. Закупорка бронха патологическим детритом, отек слизистой дренажных бронхов приводит к развитию ателектазов того или иного отдела легкого. В ателектазированной зоне создаются наиболее благоприятные условия для развития инфекции и гнойного расплавления легочной ткани. Часто в основе абсцесса лежит аспирация из верхних отделов дыхательных путей. Этиологическими факторами абсцесса могут быть также травмы грудной клетки, гематогенная эмболизация инфекцией.

Возрастная категория: взрослое население Республики Беларусь.

Наименование нозологической формы заболевания (шифр по МКБ-10):

Абсцесс легкого и средостения (J85):

гангрена и некроз легкого (J85.0);  
абсцесс легкого с пневмонией (J85.1);  
абсцесс легкого без пневмонии (J85.2);  
абсцесс средостения (J85.3).

Острые абсцессы и гангрена легких чаще всего вызываются неклостридиальными формами анаэробной инфекции, стафилококком и грамотрицательной микробной флорой. Среди штаммов стафилококка при острых нагноениях легких наиболее часто обнаруживают *Staphylococcus aureus*, из грамотрицательной флоры - *Klebsiella*, spp. *Escherichia Coli*, *Proteus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*, среди анаэробных микроорганизмов нередко обнаруживаются *Bacteroides melanogenicus*, *Bacteroides Fragilis*, *Fusobacterium nucleatum*.

Различают 4 клинических формы острых гнойно-некротических поражений легких: острый гнойный абсцесс, множественные острые абсцессы, ограниченная гангрена, распространенная гангрена.

При каждой клинической форме выделяют варианты течения заболевания.

При остром гнойном абсцессе:

-с хорошим бронхиальным дренажем;

-с недостаточным бронхиальным дренажем;

-с полным нарушением бронхиального дренажа (острый заблокированный абсцесс).

При острых множественных абсцессах: бронхогенная форма; гематогенная; легочная; легочно-плевральная.

При ограниченной гангрене: прогрессирующая и регрессирующая форма.

При распространенной гангрене: прогрессирующая форма.

В терапевтическом (пульмонологическом) отделении показано лечение только пациентам с острым гнойным абсцессом с хорошим бронхиальным дренажем (на обзорной рентгенограмме – полость без горизонтального уровня). Пациенты с другими клиническими формами и вариантами течения должны направляться для лечения в торакальные хирургические отделения, так как в остром периоде течения болезни необходимы паллиативные хирургические вмешательства, направленные на создание оттока (улучшение бронхиального дренажа) из внутрилегочных полостей.

## ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО И СРЕДОСТЕНИЯ

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
	Диагностика			Лечение		
	обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	Средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7

Диагностика и лечение при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

Абсцесс легкого и средостения J85	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: определение концентрации белка и его фракций; мочевины; определение активности аспартатамино-трансферазы (АсАТ); аланинаминотрансферазы (АлАТ) Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты	2 раза в процессе лечения, контрольное исследование – по показаниям	Исследование гемокультуры (оптимально проводить забор двух проб венозной крови из разных вен с интервалом 30-60 мин Спирография	Препараты выбора: амоксициллин/клавулановая кислота 1,2 г в/в 3 раза в сутки, или цефотаксим 1–2 г в/в 2-3 раза в сутки в/в, или левофлоксацин 0,5 г в/в 1 раз в сутки и метронидазол 0,5 г в/в 3 раза в сутки, или амикацин 15-20 мг/кг 1 раз в сутки или цефепим 1-2 г в/в 2 раза в сутки. Лекарственные средства резерва: меропенем, дорипенем, эртапенем,	21 день	Выздоровление
--------------------------------------	---	---	--	--	---------	---------------

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы  
Рентгенография органов грудной полости  
КТ грудной полости  
Бронхоскопия

имипенем /циластатин, тейкопланин, ванкомицин, линезолид,

цефоперазон/сульбактам.

Хирургическое лечение в зависимости от варианта течения гнойно-некротического легочного процесса.