

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «12» декабря 2014 года
протокол № 9

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ОРХИТ И ЭПИДИДИМИТ У ДЕТЕЙ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Орхит и эпидидимит у детей.

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

N45 Орхит и эпидидимит

4. Сокращения, используемые в протоколе:

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

УЗИ – ультразвуковое исследование

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: детские хирурги и урологи.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение:

Орхит – воспаление яичка, обычно возникает как осложнение инфекционных заболеваний (грипп, паротит, бруцеллез, ревматический полиартрит, тиф, пневмония и др.). Орхит может возникнуть после травмы. У новорожденных орхит чаще всего обусловлен проникновением инфекции в яичко из инфицированных пупочных сосудов[1].

Эпидидимит – воспаление придатка яичка, развивается чаще всего вследствие проникновения инфекции в придаток гематогенным путем как осложнение инфекционных болезней (гриппа, ангины, пневмонии и других инфекции)[1].

9. Клиническая классификация:

10. Показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации:

- наличие воспалительного процесса в органах мошонки.

Показания для плановой госпитализации: не проводится.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- УЗИ органов мошонки.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне: не проводятся.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводится.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- УЗИ органов мошонки.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- определение группы крови;
- определение резус-фактора.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез

Жалобы:

- высокая температура тела;
- озноб;
- сильные боли в области яичка иррадиирующие в паховую область;
- увеличение придатка яичка;
- припухлость и болезненность в верхней части мошонки;
- отёк кожи мошонки;
- повторяющиеся «беспричинные» подъемы температуры.

Анамнез:

- внезапно возникающие боли в яичке;
- повышение температуры тела до 38–39 °С;
- припухлость, локализуемая непосредственно в яичке или в придатке яичка.

12.2 Физикальное обследование:

- боли, отечность в области мошонки.

12.3 Лабораторные исследования:

- лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ.

12.4 Инструментальные исследования:

УЗИ органов мошонки: увеличение размеров яичка или придатка яичка.

12.5 Показания для консультации узких специалистов:

- консультация педиатра (при наличии сопутствующих/конкурирующих соматических заболеваний);
- консультация детского инфекциониста (при наличии инфекционной этиологии заболевания).

12.6 Дифференциальный диагноз орхита и эпидидимита:

Таблица 1 Дифференциальный диагноз орхита и эпидидимита

Признаки	Орхит и эпидидимит	Травма яичек	Перекрут гидатиды Морганьи	Перекрут яичка
Боль	+	+	+	+
Увеличение размеров яичка (яичек)	+	+	+	+
Гиперемия кожи мошонки	+	+	+	+
Болезненность яичка при его пальпации	+	+	+	+
Повышение температуры тела	+	+	+	+

13. Цели лечения:

- купирование воспалительного процесса яичка и его придатка.

14. Тактика лечения

14.1 Немедикаментозное лечение:

- постельный режим с целью обеспечения максимального покоя для воспаленного органа.

14.2 Медикаментозное лечение:

Антибактериальная терапия:

- **цефалоспорины:**

цефтриаксон – 75–100 мг/кг/сут, в 1–2 введения внутривенно, длительность курса до 14 дней;

цефотаксим – 100–150 мг/кг/сут, в 2–3 введения внутривенно, длительность курса, 4–14 дней.

- **аминогликозиды:**

амикацин, 10–15 мг/кг/сут, однократно внутривенно или внутримышечно, длительность курса, 7–10 дней;

гентамицин – 4 - 5 мг/кг/сут, однократно внутривенно или внутримышечно, длительность курса, 5 дней.

Глюкокортикостероидная терапия:

- преднизолон – по 20 мг 2 раза в сутки, длительность курса 5–7 сут;
- гидрокартизон – по 100 мг 2 раза в сутки, длительность курса 5–7 сут.

Симпатомотическая терапия:

- ацетилсалициловая кислота – по 0,5 г 3 раза в сутки, длительность курса 5–10 сут.

Дезинтоксикационная терапия:

Общий объем инфузий 60 мл/кг/сутки со скоростью 5–8 мл/кг/час (раствор натрия хлорида 0,9%/раствор глюкозы 5%)..

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: не проводится.

14.2.2. Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- цефотаксим, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг;
- цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг;
- амикацин, флакон для приготовления раствора 500мг;
- гентамицин, ампула 80мг.

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

14.3. Другие виды лечения: не проводится.

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи:

14.4. Хирургическое вмешательство:

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях: не проводится.

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Виды операций:

- ревизия органов мошонки;
- вскрытие абсцесса, дренирование абсцесса;
- при полном расплавлении (нагноении) яичка – удаление яичка;
- насечки на белочной оболочке яичка.

Показания к вскрытию абсцесса:

- возникновение абсцесса яичка.

Показания к ревизии органов мошонки и для нанесения насечки на белочной оболочке яичка:

- неэффективности консервативного лечения (показано удаление придатка яичка [1]).

14.5 Профилактические мероприятия.

- профилактика травм и переохлаждения органов мошонки;
- профилактика управляемых детских инфекций: своевременная вакцинация.

14.6 Дальнейшее ведение:

- наблюдение уролога (через 1,3,6 месяц, 1 год);
- ОАК (при наличии показаний);
- ОАМ (при наличии показаний);
- УЗИ органов мошонки (при наличии показаний).

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- нормализация ОАК, ОАМ;
- уменьшение размеров яичка и его придатка (контроль УЗИ органов мошонки).

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Аскарлов Мейрамбек Сатыбалдинович – доктор медицинских наук, профессор, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», заведующий кафедрой детской хирургии, врач – детский уролог-хирург высшей категории;
- 2) Батырбеков Марат Тагаевич – кандидат медицинских наук, АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», заместитель генерального директора по клинической работе;
- 3) Мухамеджан Ильяс Тунгышканович – кандидат медицинских наук, АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», заместитель генерального директора по науке;
- 4) Абикенов Бахытжан Даирбаевич – кандидат медицинских наук, АО «Научный центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова», заведующий отделением детской урологии;
- 5) Жусупова Гульнар Даригеровна – АО «Медицинский университет Астана» кафедра общей и клинической фармакологии, кандидат медицинских наук, клинический фармаколог.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

18. Рецензенты: Майлыбаев Бахытжан Муратович – доктор медицинских наук, профессор АО «Национальный научный центр материнства и детства», старший научный сотрудник, врач – детский уролог высшей категории

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики и/или лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) Урология. Н.А.Лопаткин. Учебник. 2011 г.
- 2) Лучевая диагностика: учебник для студентов педиатрических факультетов / Васильев А.Ю., Ольхова Е.Б., - 2008. - 688 с.: ил.
- 3) Детская урология. А.Г.Пугачев., руководство для врачей. 2009 г. С.340.
- 4) «Клиническая оценка расстройств мочеиспускания, Вишневский Е.Л., Лоран О. Б., Вишневский А.Е.. М.: ТЕРРА, 2001.
- 5) Детская урология и андрология. Учебное пособие. Разин М.П., Галкин В.Н., Сухин Н.К., Москва, 2011 год.