

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

13 декабря 2018 г. № 94

**Об утверждении клинического протокола
«Диагностика и лечение пациентов (взрослое
население) с инфекционными и паразитарными
заболеваниями»**

На основании абзаца седьмого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 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», Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями».
2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

В.А.Малашко

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
13.12.2018 № 94

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционными
и паразитарными заболеваниями»**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи пациентам старше 18 лет (далее – пациенты) с инфекционными и паразитарными заболеваниями.

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

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. Настоящий клинический протокол определяет минимальный объем медицинской помощи пациентам с инфекционными и паразитарными заболеваниями при оказании медицинской помощи врачами-инфекционистами, врачами общей практики, врачами-неврологами, врачами-хирургами, врачами-дерматовенерологами, врачами-офтальмологами.

5. При обращении пациента врач выполняет сбор анамнеза и жалоб, медицинский осмотр пациента, а также назначает обязательные и дополнительные диагностические мероприятия. Полученные данные вносятся врачом-инфекционистом и другими специалистами в медицинскую документацию.

6. В случае необходимости экстренной госпитализации пациента диагностические вмешательства в амбулаторных условиях не выполняют.

7. Фармакотерапию назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом, с учетом всех индивидуальных особенностей пациента, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии и клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства. При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

Доза, путь введения и кратность применения лекарственных средств определяется инструкцией по медицинскому применению лекарственного средства.

8. Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с приложением 1 к настоящему клиническому протоколу.

9. Оказание медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в соответствии с приложением 2 к настоящему клиническому протоколу.

10. Диспансерное наблюдение за состоянием пациента с инфекционными и паразитарными заболеваниями после амбулаторного лечения или выписки их из стационара осуществляют в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Приложение 1

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями»

Оказание медицинской помощи пациентам (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями в амбулаторных условиях

№ п/п	Наименование нозологических форм, заболеваний (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10))	Объемы оказания медицинской помощи		
		Диагностика		Лечение
		обязательная	дополнительная (по показаниям)	
1	2	3	4	5
1	Сальмонеллезный энтерит (A02.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на патогенную кишечную флору (далее – ПКФ)	Консультация врача-хирурга. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Электрокардиограмма (далее – ЭКГ)	Лечебное питание (диета П). Промывание желудка в первые сутки заболевания при наличии тошноты и рвоты. Регидратация: при дегидратации 1 степени – пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). Нестероидные противовоспалительные средства (далее – НПВС): парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь на период лихорадки. Лекарственные средства (далее – ЛС), применяемые для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ): дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут. Показания для госпитализации в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения: при дегидратации II–III степени; при нарастании дегидратации; при выраженном синдроме интоксикации по эпидемическим показаниям; при наличии тяжелой сопутствующей патологии; тяжелая степень заболевания
2	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i> (A03.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	Общий анализ мочи.	Лечебное питание (диета П).

		Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	Копрологическое исследование кала. ЭКГ. Ректороманоскопия	Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). Антибактериальная терапия: ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут, или ломефлоксацин 400 мг/сут, офлоксацин 400 мг 2 раза/сут внутрь в течение 5 дней. НПВС: парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь – на период лихорадки. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут. Показания для госпитализации в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения: при отсутствии эффекта от проводимой терапии; при сохранении гемоколита более 3-х суток; по эпидемическим показаниям; при наличии тяжелой сопутствующей патологии; тяжелая степень заболевания
3	Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i> (A03.2). Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i> (A03.3)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Ректороманоскопия. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). Антибактериальная терапия: ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут, или ломефлоксацин 400 мг/сут, офлоксацин 400 мг 2 раза/сут внутрь в течение 5 дней. НПВС: парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь на период лихорадки. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут. Показания для госпитализации в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения: при отсутствии эффекта от проводимой терапии; при сохранении гемоколита более 3-х суток; по эпидемическим показаниям; при наличии тяжелой сопутствующей патологии
4	Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i> (A03.1)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Ректороманоскопия. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). Антибактериальная терапия: ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут, или ломефлоксацин 400 мг/сут, офлоксацин 400 мг 2 раза/сут внутрь в течение 5 дней. НПВС: парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь на период лихорадки. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут. Показания для госпитализации в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения: при отсутствии эффекта от проводимой терапии;

				при сохранении гемоколита более 3-х суток; по эпидемическим показаниям; при наличии тяжелой сопутствующей патологии; тяжелая степень заболевания
5	Энтеропатогенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). НПВС: парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь на период лихорадки. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут. Показания для госпитализации в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения: при дегидратации II–III степени; при нарастании дегидратации; при выраженном синдроме интоксикации по эпидемическим показаниям; при наличии тяжелой сопутствующей патологии
6	Энтеротоксигенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.1)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). НПВС: парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь на период лихорадки. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут. Показания для госпитализации в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения: при дегидратации II–III степени; при нарастании дегидратации; при выраженном синдроме интоксикации по эпидемическим показаниям; при наличии тяжелой сопутствующей патологии
7	Энтероинвазивная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.2)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Ректороманоскопия. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). НПВС: парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь на период лихорадки. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут. Антибактериальная терапия: ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут, или ломефлоксацин 400 мг/сут, офлоксацин 400 мг 2 раза/сут внутрь в течение 5 дней. Показания для госпитализации в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения: при отсутствии эффекта от проводимой терапии; при сохранении гемоколита более 3-х суток;

				по эпидемическим показаниям; при наличии тяжелой сопутствующей патологии
8	Энтерогеморрагическая инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.3)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Ректороманоскопия. ЭКГ	Госпитализация в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
9	Энтерит, вызванный <i>Campylobacter</i> (A04.5)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала на факультативно-анаэробные микроорганизмы. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). Антибактериальная терапия: макролиды (азитромицин 500 мг/сут, или кларитромицин 250 мг 2 раза/сут внутрь в течение 3 дней), или фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут, или ломефлоксацин 400 мг/сут внутрь в течение 5 дней). При тяжелой степени тяжести заболевания – госпитализация пациента в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
10	Энтерит, вызванный <i>Yersinia enterocolitica</i> (A04.6)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на иерсинии (<i>Yersinia spp.</i>). Определение антител к иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови	Общий анализ мочи. ЭКГ. Копрологическое исследование	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). Антибактериальная терапия: доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в первые сутки и 1 раз в последующие сутки или цiproфлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут, или ломефлоксацин 400 мг/сут внутрь 7–10 дней. При тяжелой степени тяжести заболевания – госпитализация пациента в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
11	Псевдотуберкулез (A28.2)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на иерсинии (<i>Yersinia spp.</i>). Определение антител к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови	Общий анализ мочи. ЭКГ. Копрологическое исследование	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). Антибактериальная терапия: доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в первые сутки и 1 раз в последующие сутки или цiproфлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут, или ломефлоксацин 400 мг/сут внутрь 7–10 дней. При тяжелой степени тяжести заболевания – госпитализация пациента в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
12	Энтероколит, вызванный <i>Clostridium difficile</i> (A04.7)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ	ЭКГ. Исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (<i>Clostridium difficile</i>)	Лечебное питание (диета П). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). Отмена предшествующей заболеванию антибактериальной терапии. Метронидазол 500 мг 3 раза/сут внутрь в течение 10–14 дней. При отсутствии положительной динамики от проводимого лечения в течение 72 часов – госпитализация пациента в инфекционное или

				гастроэнтерологическое отделение больничной организации здравоохранения
13	Стафилококковое пищевое отравление (A05.0)	Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ. Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Промывание желудка (по медицинским показаниям). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). При тяжелой степени тяжести заболевания – госпитализация пациента в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
14	Ботулизм. Отравление, вызванное Clostridium botulinum (A05.1)			Госпитализация пациента в инфекционное отделение (при тяжелой степени тяжести заболевания – в отделение анестезиологии и реанимации) больничной организации здравоохранения
15	Пищевое отравление, вызванное Clostridium perfringens [Clostridium welchii] (A05.2)	Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ. Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Промывание желудка (по медицинским показаниям). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). При тяжелой степени заболевания – госпитализация пациента в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
16	Пищевое отравление, вызванное Vibrio parahaemolyticus (A05.3)	Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ. Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Промывание желудка (по медицинским показаниям). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). При тяжелой степени тяжести заболевания – госпитализация пациента в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
17	Пищевое отравление, вызванное Bacillus cereus (A05.4)	Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ. Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ	Лечебное питание (диета П). Промывание желудка (по медицинским показаниям). Регидратация оральными растворами солей (20–30 мл/кг за 4–6 часов дробно при I-й степени обезвоживания). При тяжелой степени тяжести заболевания – госпитализация пациента в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
18	Острая амёбная дизентерия (A06.0). Хронический кишечный амёбиаз (A06.1). Амёбный недизентерийный колит (A06.2). Амёбома кишечника (A06.3)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ. Микроскопическое исследование свежего неокрашенного мазка кала на наличие E. Histolytica. Микроскопическое исследование свежего мазка кала, окрашенного раствором Люголя, на наличие E. Histolytica	Рентгенография (обзорная) грудной полости. Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости (комплексное). Консультация врача-хирурга. Колоноскопия. Исследование биоптата кишечника на наличие E. Histolytica	Этиотропное лечение: метронидазол 750 мг 3 раза/сут внутрь 10 дней. При хроническом амёбиазе назначают 2–3 курса этиотропного лечения с интервалом 1–1,5 месяца. При средней и тяжелой степени тяжести заболевания – госпитализация пациента в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения

19	Амебный абсцесс печени. Печеночный амебиаз (А06.4)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, уровня аланин-трансаминазы (далее – АЛТ). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости	Компьютерная томография (далее-КТ) ² органов брюшной полости	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения
20	Амебный абсцесс легкого (А06.5)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	КТ ² органов грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения
21	Амебный абсцесс головного мозга (А06.6)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	КТ ² головного мозга или магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) ² головы. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография околоносовых пазух носа. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ	Направление пациента для госпитализации и лечения в нейрохирургическое отделение больничной организации здравоохранения
22	Кожный амебиаз (А06.7)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование свежего неокрашенного мазка кала и кожи на наличие <i>E. histolytica</i> . Микроскопическое исследование свежего мазка кала и мазка участка поврежденной кожи, окрашенных раствором Люголя, на наличие <i>E. histolytica</i> . Рентгенография (обзорная) грудной полости. Консультация врача-дерматовенеролога	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Консультация врача-хирурга	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
23	Амебная инфекция другой локализации. Амебный: аппендицит, баланит (А06.8)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи	КТ ² органов брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения
24	Жиардиаз [лямблиоз] (А07.1)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Копрологическое исследование кала. Биохимическое исследование крови: уровня билирубина, АЛТ.	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Обнаружение антигена лямблий в нативном кале методом иммунохроматографического анализа (далее – ИХА).	Этиотропное лечение: производные нитроимидазола (метронидазол 250 мг внутрь 3 раза/сут – 5 дней или орнидазол 1,5 г/сут однократно), или нитрофураны (фуразолидон 100 мг внутрь 4 раза/сут 7–10 дней), или антигельминтное средство (албендазол 400 мг/сут 5 дней)

		Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ. Микроскопическое исследование нативного мазка кала на наличие вегетативных форм и цист лямблий	Микроскопическое исследование дуоденального содержимого на наличие вегетативных форм и цист лямблий	
25	Изоспороз. Инфекция, вызванная <i>Isosporabelli</i> (Изоспориаз) (A07.3)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: исследование уровня билирубина, уровня АЛТ, мочевины, креатинина, электролитов (калия, натрия и хлора (далее – К, Na, Cl)). Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ. Копрологическое исследование кала. Микроскопическое исследование кала на наличие изоспоридий. Комплекс исследований при подозрении на инфицирование вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ)	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости	Этиотропное лечение – сульфаметоксазол/триметоприм 800/160 мг внутрь 2 раза/сут 10 дней. При иммуносупрессии: сульфаметоксазол/триметоприм 800/160 мг внутрь 4 раза/сут – 10 дней, далее 800/160 мг 2 раза/сут до 3 недель. При среднетяжелом или тяжелом течении заболевания – направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
26	Ульцерогландулярная туляремия (A21.0)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
27	Окулогландулярная туляремия (A21.1)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
28	Легочная туляремия (A21.2)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
29	Желудочно-кишечная туляремия (A21.3)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
30	Генерализованная туляремия (A21.7)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
31	Кожная форма сибирской язвы. Злокачественный(ая): карбункул, пустула (A22.0)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
32	Легочная форма сибирской язвы (A22.1)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
33	Желудочно-кишечная форма сибирской язвы (A22.2)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения

34	Сибирязвенная септицемия (A22.7)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
35	Другие формы сибирской язвы. Сибирязвенный менингит (A22.8)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
36	Бруцеллез, вызванный Br. Melitensis (A23.0). Бруцеллез, вызванный Br. abortus (A23.1). Бруцеллез, вызванный Br. Suis (A23.2). Бруцеллез, вызванный Br. canis (A23.3). Другие формы бруцеллеза (A23.8)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
37	Кожный эризипелоид (A26.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи	Консультация врача-хирурга	Антибактериальная терапия: амоксциллин по 500 мг внутрь 3 раз/сут или ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раз/сут 7 дней
38	Лептоспироз (A27). Лептоспироз желтушно-геморрагический (A27.0). Другие формы лептоспироза (A27.8). Лептоспироз неуточненный (A27.9)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
39	Листерийный менингит и менингоэнцефалит (A32.1). Листерийная септицемия (A32.7). Другие формы листериоза (A32.8)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
40	Столбняк (A35)			Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения
41	Дифтерия (A 36)	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae)	Консультация врача-оториноларинголога	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения в экстренном порядке
42	Менингококковый менингит (A39.0) Острая менингококкемия (A39.2)			Оказание экстренной медицинской помощи: в/в введение 2 г цефтриаксона, в/в введение 60 мг преднизолона или 12 мг дексаметазона. Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения в экстренном порядке.

				При нестабильном и тяжелом состоянии пациента – в отделение анестезиологии и реанимации ближайшей организации здравоохранения
43	Септицемия, вызванная <i>S. aureus</i> (A41.0). Септицемия, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i> (A41.3). Септицемия, вызванная анаэробами (A41.4)			Направление пациента для госпитализации и лечения в отделение анестезиологии и реанимации многопрофильной больничной организации здравоохранения в экстренном порядке
44	Септицемия неуточненная. Септический шок (A41.9)			Направление пациента для госпитализации и лечения в отделение анестезиологии и реанимации многопрофильной больничной организации здравоохранения в экстренном порядке
45	Рожа любой локализации, легкой и среднетяжелой степени (A46)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Исследование уровня глюкозы в крови	ЭКГ. Консультация врача-хирурга	Амоксициллин 1000 мг 2 раза/сут 5–7 дней. При аллергии на бета-лактамы антибиотики пенициллины: кларитромицин 500 мг 2 раза/сут внутрь 5–7 дней
46	Рожа на лице любой тяжести и рожа любой локализации тяжелая (A46)			Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения в экстренном порядке
47	Болезнь Лайма. Мигрирующая эритема, вызванная <i>Borrelia burgdorferi</i> (A69.2)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ	Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, определение концентрации С-реактивного белка (далее – СРБ). Консультация врача-невролога, врача-дерматовенеролога	Антибактериальная терапия: тетрациклины (доксциклин 100 мг 2 раза/сут внутрь) 14 дней; альтернативные ЛС: полусинтетические пенициллины (амоксициллин 500 мг 3 раза/сут внутрь) или цефалоспорины (цефуросим 500 мг 2 раза/сут внутрь) 14 дней; при невозможности использовать доксициклин, амоксициллин или цефуросим под тщательным мониторингом могут быть использованы макролиды (азитромицин 500 мг/сут 7–10 дней)
48	Острый нейроборрелиоз (A69.2)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное или неврологическое отделение больничной организации здравоохранения
49	Болезнь Лайма: II стадия (поражения опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы); III стадия (A69.2)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ		1. Антибактериальная терапия. 1.1. ЛС выбора: тетрациклины (доксциклин 100 мг 2 раза/сут внутрь) 30–60 дней. 1.2. Альтернативные ЛС: полусинтетические пенициллины (амоксициллин 500 мг 3 раза/сут внутрь) или цефалоспорины (цефуросим 500 мг 2 раза/сут внутрь) 30–60 дней. 2. Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение или другое профильное отделение (неврологическое, кардиологическое, ревматологическое) больничной организации здравоохранения
50	Сыпной тиф (A75). Эпидемический вшивый тиф, вызванный <i>Rickettsia prowazekii</i> (A75.0).			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения в экстренном порядке

	Рецидивирующий тиф [болезнь Брилла] (A75.1). Тиф, вызванный <i>Rickettsia typhi</i> (A75.2). Тиф, вызываемый <i>Rickettsia tsutsugamushi</i> (A75.3)			
51	Лесное бешенство (A82.0). Городское бешенство (A82.1). Бешенство неуточненное (A82.9)			Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение или отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения в экстренном порядке
52	Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса (herpes simplex) (B00).	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	Консультация врача-дерматовенеролога, врача-офтальмолога, врача-невролога. Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.	При средней и тяжелой степени заболевания – направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения. При поражении глаз и ЦНС – направление пациента для госпитализации и лечения в больничную организацию здравоохранения (офтальмологическое, неврологическое, инфекционное отделения или отделение анестезиологии и реанимации).
53	Герпетический везикулезный дерматит (B00.1)	Общий (клинический) анализ крови развернутый	Молекулярно-биологическое исследование содержимого везикул на вирус простого герпеса (<i>Herpes simplex virus</i>). Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. Консультация врача-дерматовенеролога	Противовирусное лечение (ацикловир 200 мг 5 раз/сут внутрь или валацикловир 500 мг 2 раза/сут внутрь 7–10 дней при первичном эпизоде и 5–7 дней – при повторных эпизодах); НПВС: ибупрофен 200 мг 3 раза/сут внутрь. При тяжелой степени заболевания – направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
54	Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит (B00.2)	Общий (клинический) анализ крови развернутый	Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. Консультация врача-стоматолога, врача-оториноларинголога	Противовирусное лечение (ацикловир 200 мг 5 раз/сут внутрь или валацикловир 500 мг 2 раза/сут внутрь 7–10 дней при первичном эпизоде и 5–7 дней – при повторных эпизодах); НПВС: ибупрофен 200 мг 3 раза/сут внутрь
55	Опоясывающий лишай (<i>herpes zoster</i>) (B02). Опоясывающий лишай без осложнений (B02.9)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ	Консультация врача-дерматовенеролога, врача-невролога	Противовирусное лечение: ацикловир 800 мг 5 раз/сут внутрь или валацикловир 1 г 3 раз/сут 7–10 дней. Противосудорожные ЛС (карбамазепин 100–200 мг 1–3 раза/сут внутрь) или трициклические антидепрессанты (амитриптилин 25 мг 1–2 раза/сут внутрь) до стойкого купирования болевого синдрома. При заболевании средней и тяжелой степени тяжести – направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения. При поражении глаз и ЦНС – направление пациента для госпитализации и лечения в больничную организацию здравоохранения (офтальмологическое, неврологическое, инфекционное отделения или отделение анестезиологии и реанимации)

56	<p>Острый гепатит А (В15). Острый гепатит В (В16). Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы (В16.9). Острый гепатит В с дельта-антигеном без печеночной комы (коинфекция) (В16.1). Острый гепатит С (В17.1). Острый гепатит Е (В17.2)</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Исследование уровня желчных пигментов и их производных в моче. Биохимическое исследование крови: определение уровня общего билирубина, уровня свободного и связанного билирубина в крови, АЛТ</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, аспаратат-трансаминазы (далее – АСТ), амилазы, щелочной фосфатазы (далее – ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (далее – ГГТП), глюкозы, К, Na, Cl. Определение протромбинового индекса (далее – ПТИ). Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита Е (Hepatitis E virus) в крови. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК вируса гепатита В. Молекулярно-биологическое исследование крови на РНК вируса гепатита С</p>	<p>Показаниями для госпитализации пациента в инфекционное отделение больницы организации здравоохранения являются: средняя и тяжелая степень тяжести заболевания; эпидемические показания. При остром гепатите В или В и дельта после выписки пациента продолжают противовирусное лечение, начатое в стационарных условиях (аналоги нуклеоз(т)идов (ламивудин 100 мг/сут внутрь или тенофовир 300 мг внутрь 1 раз/сут до достижения HBs-сероконверсии продолжительностью не менее 3 месяцев или HBe-сероконверсии продолжительностью не менее 12 месяцев). При затяжном течении гепатита В или В и дельта назначают противовирусное лечение: аналоги нуклеоз(т)идов (ламивудин 100 мг/сут или тенофовир 300 мг внутрь 1 раз/сут до достижения HBs-сероконверсии продолжительностью не менее 3 месяцев или HBe-сероконверсии продолжительностью не менее 12 месяцев). При затяжном течении гепатита С назначают противовирусное лечение: софосбувир/ледипасвир 400/90 мг внутрь 1 раз/сут (генотип 1) или омбитасвир/паритапревир/ритонавир 12,5/75/50 мг (2 таб утром) в сочетании с дасабувиром 250 мг внутрь по 1 таб 2 раза/сут (утром и вечером) (генотип 1b), или софосбувир/велпатасвир 400/100 мг внутрь 1 таб 1 раз/сут (все генотипы) – длительностью 8 недель; софосбувир 400 мг в сочетании с даклатасвиром 60 мг внутрь по 1 таб 1 раз/сут одновременно в один прием (все генотипы) – длительностью 12 недель</p>
57	<p>Эпидемический паротит (В26)</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи</p>	<p>Определение альфа-амилазы в моче. Консультация врача-стоматолога</p>	<p>При легкой и средней степени тяжести заболевания – изоляция пациента в домашних условиях; по эпидемическим показаниям – госпитализация пациента в инфекционное отделение организации здравоохранения. Парацетамол¹ 500–2000 мг/сут внутрь 3–5 дней. Полоскание полости рта 2 % раствором натрия гидрокарбоната. Местно – сухое тепло</p>
58	<p>Паротитный орхит (В26.0)</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи</p>	<p>Определение альфа-амилазы в моче</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больницы организации здравоохранения</p>
59	<p>Инфекционный мононуклеоз (В27)</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи.</p>	<p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу</p>	<p>НПВС внутрь (при температуре тела более 38,5 °С): диклофенак 75–150 мг/сут или парацетамол¹ 500–2000 мг/сут, или ибупрофен 200–800 мг/сут, или нимесулид 100–200 мг/сут;</p>

		<p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна – Барра (Epstein – Barr virus) в крови.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, ГГТП.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ</p>	<p>(Cytomegalovirus) в крови (далее – ЦМВ).</p> <p>Консультация врача-гематолога.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>антигистаминные ЛС внутрь (лоратадин 10 мг 1 раз/сут или клемастин 1 мг 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг 2 раза/сут).</p> <p>При среднетяжелом или тяжелом течении заболевания – направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
60	Цитомегаловирусный мононуклеоз (B27.1)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к ЦМВ в крови.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, ГГТП.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ</p>	<p>Консультация врача-гематолога.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна – Барра (Epstein – Barr virus) в крови.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>НПВС внутрь (при температуре тела более 38,5 °С): диклофенак 75–150 мг/сут или парацетамол¹ 500–2000 мг/сут, или ибупрофен 200–800 мг/сут, или нимесулид 100–200 мг/сут;</p> <p>антигистаминные ЛС внутрь (лоратадин 10 мг 1 раз/сут или клемастин 1 мг 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг 2 раза/сут).</p> <p>При средней и тяжелой степени заболевания – направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
61	Другие вирусные инфекции неуточненной локализации (B34.8)		<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>НПВС внутрь (при температуре тела более 38,5 °С): диклофенак 75–150 мг/сут или парацетамол¹ 500–2000 мг/сут, или ибупрофен 200–800 мг/сут, или нимесулид 100–200 мг/сут;</p> <p>антигистаминные ЛС внутрь (лоратадин 10 мг 1 раз/сут или клемастин 1 мг 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг 2 раза/сут).</p> <p>Обильное питье.</p> <p>При тяжелом течении заболевания – направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
62	Малярия, вызванная Plasmodium falciparum (B50)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы.</p> <p>Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium).</p> <p>Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>ЭКГ</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
63	Малярия, вызванная Plasmodium vivax (B51)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы.</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>

		Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ		
64	Малярия, вызванная Plasmodium vivax, осложненная разрывом селезенки (B51.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы. Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ	УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения в экстренном порядке
65	Малярия, вызванная Plasmodium vivax, с другими осложнениями (B51.8)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы. Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ	УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
66	Малярия, вызванная Plasmodium vivax, без осложнений (B51.9)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы. Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ	УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения

67	Токсоплазмоз (B58)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы.</p> <p>Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>ЭКГ</p>	<p>МРТ² головы (при невозможности выполнения – КТ² головного мозга).</p> <p>Консультация: врача-невролога, врача-офтальмолога.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
68	Токсоплазмозная окулопатия. Токсоплазмозный хориоретинит (B58.0)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы.</p> <p>Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>Офтальмоскопия прямая и непрямая</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Консультация врача-инфекциониста</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в офтальмологическое отделение больничной организации здравоохранения</p>
69	Токсоплазмозный гепатит (B58.1)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, мочевины, глюкозы.</p> <p>Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>ЭКГ</p>	<p>Определение ПТИ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
70	Токсоплазмозный менингоэнцефалит (B58.2)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, мочевины, глюкозы, К, Na, Cl.</p> <p>Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>ЭКГ</p>	<p>МРТ² головы (при невозможности выполнения – КТ² головного мозга).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>

71	Легочный токсоплазмоз (B58.3)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы.</p> <p>Микроскопическое исследование мазков мокроты на наличие кислотоустойчивых бактерий (далее КУБ).</p> <p>Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>КТ² органов грудной клетки.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
72	Пневмоцистоз (B59)	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, мочевины, глюкозы, лактатдегидрогеназы (далее – ЛДГ).</p> <p>Микроскопическое исследование мазков мокроты на наличие КУБ.</p> <p>Микробиологическое исследование лаважной жидкости на цисты пневмоцист (<i>Pneumocystis carinii</i>).</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в пульмонологическое отделение больничной организации здравоохранения</p>
73	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma haematobium</i> [мочеполовой шистосомоз] (B65.0)		<p>Общий анализ мочи.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Консультация врача-инфекциониста</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в урологическое отделение больничной организации здравоохранения</p>
74	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma mansoni</i> [кишечный шистосомоз] (B65.1)		<p>Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
75	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma japonicum</i> . Азиатский шистосомоз (B65.2)		<p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>
76	Другие шистосомозы. Инвазия, вызванная <i>Schistosoma intercalatum</i> , <i>Schistosoma mattheei</i> , <i>Schistosoma mekongi</i> (B65.8)		<p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения</p>

77	Описторхоз. Инвазия, вызванная: <i>Opisthorchis (felineus), (viverrini)</i> (B66.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. Копрологическое исследование	Определение антител к возбудителю описторхоза (<i>Opisthorchis felineus</i>) в крови. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Микроскопическое исследование дуоденального содержимого на яйца и личинки гельминтов. Консультация врача-онколога	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больницы организации здравоохранения
78	Инвазия печени, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> (B67.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. Копрологическое исследование. Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Определение антител к эхинококку в крови. КТ ² органов брюшной полости	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения
79	Инвазия легкого, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> (B67.1)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы. Рентгенография (обзорная) грудной полости	Определение антител к эхинококку в крови. КТ ² органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Микроскопическое исследование мокроты на наличие протосколексов и сколексов паразита	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения
80	Инвазия кости, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> (B67.2)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы, ЩФ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография костей пораженной области	Определение антител к эхинококку в крови. КТ ² органов грудной клетки, органов брюшной полости, головы	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения
81	Инвазия другой локализации и множественный эхинококкоз, вызванный <i>Echinococcus granulosus</i> (B67.3)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы, ЩФ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). УЗИ матки и придатков.	Определение антител к эхинококку в крови. КТ ² органов грудной клетки, органов брюшной полости, головы, органов малого таза. Консультация врача-акушера-гинеколога, врача-уролога	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения

		УЗИ предстательной железы. УЗИ щитовидной железы		
82	Инвазия, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> , неуточненная (B67.4)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы, ЩФ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). УЗИ матки и придатков. УЗИ предстательной железы. УЗИ щитовидной железы	Определение антител к эхинококку в крови. КТ ² органов грудной клетки, органов брюшной полости, головы, органов малого таза. Консультация врача-акушера-гинеколога, врача-уролога	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения
83	Инвазия печени, вызванная <i>Echinococcus multilocularis</i> (B67.5)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы, ЩФ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Определение антител к эхинококку в крови. КТ ² органов брюшной полости	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения
84	Инвазия другой локализации и множественный эхинококкоз, вызванный <i>Echinococcus multilocularis</i> (B67.6)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы, ЩФ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). УЗИ матки и придатков. УЗИ предстательной железы. УЗИ щитовидной железы	Определение антител к эхинококку в крови. КТ ² органов грудной клетки, органов брюшной полости, головы, органов малого таза. Консультация врача акушера-гинеколога, врача-уролога	Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения
85	Инвазия, вызванная <i>Taenia solium</i> . Солитер свиной или вооруженный (инвазия) цепень (B68.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. Микроскопическое исследование кала на наличие члеников возбудителя	Копрологическое исследование	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больницы организации здравоохранения
86	Инвазия, вызванная <i>Taenia saginata</i> . Бычий или невооруженный цепень (инвазия) (B68.1)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. Микроскопическое исследование кала на наличие члеников возбудителя	Копрологическое исследование	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больницы организации здравоохранения

87	Цистицеркоз центральной нервной системы (B69.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. Рентгенография черепа. МРТ ² головы или КТ ² головного мозга	Определение антител к цистицерку в крови. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	Направление пациента для госпитализации и лечения в неврологическое (нейрохирургическое) инфекционное отделение больницы организации здравоохранения
88	Цистицеркоз глаза (B69.1)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. Рентгенография черепа. МРТ ² головы или КТ ² головного мозга. Офтальмоскопия прямая и непрямая	Определение антител к цистицерку в крови. Ультразвуковое исследование глазного яблока. МРТ глазницы. Консультация врача-невролога. Диафаноскопия глаза	Направление пациента для госпитализации и лечения в офтальмологическое отделение больницы организации здравоохранения
89	Цистицеркоз других локализаций (B69.8)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, глюкозы. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. Рентгенография мягких тканей пораженной области. Микроскопическое исследование кала на наличие члеников возбудителя	Определение антител к цистицерку в крови. КТ ² головы. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больницы организации здравоохранения
90	Дифиллоботриоз (B70.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	Копрологическое исследование	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больницы организации здравоохранения
91	Трихинеллез (B75)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, АСТ, глюкозы. ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	Определение антител к трихинеллам (<i>Trichinella</i> spp.) в крови (с конца второй недели заболевания)	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больницы организации здравоохранения

92	Анкилостомоз (B76.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов. Рентгенография (обзорная) грудной полости	Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, железа в сыворотке крови. Копрологическое исследование. Консультация врача-дерматовенеролога	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
93	Аскаридоз (B77)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов	Общий анализ мочи. Определение антител к аскаридам в крови	Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь однократно или мебендазол 100 мг внутрь 2 раза/сут в течение 3-х дней, или пирантел 11 мг/кг внутрь (максимальная доза 1 грамм) 1 раз/сут однократно
94	Аскаридоз с кишечными осложнениями (B77.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, глюкозы. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Рентгенография (обзорная) брюшной полости. Консультация врача-хирурга	КТ ² органов брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Копрологическое исследование	Этиотропное лечение: альбендазол 400 мг внутрь однократно или мебендазол 100 мг внутрь 2 раза/сут в течение 3-х дней, или пирантел 11 мг/кг внутрь (максимальная доза 1 грамм) 1 раз/сут однократно. Направление пациента для госпитализации и лечения в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения
95	Стрептококковый тонзиллит (J03.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ	Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на микроорганизмы. Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>) (по эпидемическим показаниям либо при отсутствии в анамнезе указаний на вакцинацию против дифтерии)	Антибактериальная терапия: амоксциллин по 1000 мг внутрь 2 раза/сут, или амоксциллин/клавулановая кислота 875/125 мг внутрь 2 раза/сут 10 дней, или цефалексин 500 мг 2 раза/сут внутрь 10 дней, или цефуроксим 250 мг внутрь 2 раза/сут 10 дней, или цефиксим 400 мг внутрь 1 раз/сут 10 дней, или кларитромицин 500 мг внутрь 2 раза/сут 10 дней, или клиндамицин по 300 мг внутрь 3 раза/сут 10 дней или азитромицин по 500 мг внутрь 1 раз/сут 3 дня. НПВС внутрь (при температуре тела более 38,5 °С): парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь или ибупрофен 200–800 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь, или нимесулид 100–200 мг/сут внутрь. Обильное питье
96	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован (J10.1)		Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	Озелтамивир 75 мг внутрь 2 раза/сут 5 дней. НПВС внутрь (при температуре тела более 38,5 °С): парацетамол ¹ 500–2000 мг/сут внутрь или ибупрофен 200–800 мг/сут внутрь, или мелоксикам 15 мг/сут внутрь, или нимесулид 100–200 мг/сут внутрь. Обильное питье.

				При тяжелой степени тяжести заболевания пациента направляют для госпитализации и лечения в инфекционное или пульмонологическое отделение больничной организации здравоохранения. При развитии дыхательной недостаточности – госпитализация и лечение в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения
97	Висцеральный лейшманиоз (B55.0)	Общий (клинический) анализ крови развернутый	Определение ПТИ	Направление пациента для госпитализации и лечения в инфекционное отделение больничной организации здравоохранения
98	Кожный лейшманиоз (B55.1)	Общий (клинический) анализ крови развернутый		Направление пациента для госпитализации и лечения в дерматологическое отделение больничной организации здравоохранения
99	Кожно-слизистый лейшманиоз (B55.2)	Общий (клинический) анализ крови развернутый		Направление пациента для госпитализации и лечения в дерматологическое отделение больничной организации здравоохранения
100	Энтеробиоз (B80)	Исследование перианального соскоба на энтеробиоз. Исследование соскоба с перианальной области на энтеробиоз		Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь однократно, затем через 2 недели 400 мг внутрь однократно, или мебендазол 100 мг внутрь однократно, затем через 2 недели повторно 100 мг внутрь однократно, или пирантел 11 мг/кг (максимальная разовая доза 1000 мг) внутрь однократно, затем через 2 недели 11 мг/кг (максимальная разовая доза 1000 мг) внутрь однократно

Примечания:

1. С осторожностью использовать парацетамол в дозе более 2 г/сут у пациентов с нарушением функции печени и (или) почек в амбулаторных условиях, особенно при отсутствии возможности обеспечения адекватной гидратации и ухода. При плохо купируемой лихорадке использовать альтернативные НПВС или рассмотреть возможность оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

2. Диагностическое исследование выполняют в межрайонных, городских, областных организациях здравоохранения, оснащенных визуализационной медицинской техникой (КТ, МРТ).

Приложение 2

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями»

Оказание медицинской помощи пациентам (взрослое население) с инфекционными и паразитарными заболеваниями в стационарных условиях

№ п/п	Наименование нозологических форм, заболеваний (шифр по Международной статистической	Организации здравоохранения (районные – далее Р; областные –	Объемы оказания медицинской помощи			
			Диагностика			Лечение
			обязательная	кратность	дополнительная	

	классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10))	далее О; городские – Г; республиканские далее – Респ)		выполнения		
1	2	3	4	5	6	7
1	Холера, вызванная холерным вибрионом 01, биовар cholerae (A00.0). Холера, вызванная холерным вибрионом 01, биовар eltor. Холера Эль-Тор. (A00.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня К, Na, Cl, креатинина, мочевины, общего белка. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки), рвотных масс на ПКФ. Бактериологическое исследование кала на холеру (<i>Vibrio spp.</i>). ЭКГ	1 1 1 1 3 3 1	Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров кислотно-основного состава (далее – КОС) крови. Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК возбудителя	1. Коррекция водно-солевого баланса: 1.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 1.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 1.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг. Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии. В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).

					<p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>2. Антибактериальная терапия.</p> <p>2.1. Лекарственные средства (далее – ЛС) выбора: доксициклин 300 мг внутрь однократно или тетрациклин 500 мг внутрь каждые 6 ч 3 дня; при беременности – азитромицин 500 мг внутрь 1 раз/сут 3 дня.</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: ципрофлоксацин 1000 мг однократно внутрь или азитромицин 500 мг внутрь 1 раз/сут 3 дня</p>
2	<p>Брюшной тиф (A01.0). Паратиф А (A01.1). Паратиф В (A01.2). Паратиф С (A01.3)</p>	<p>Р; Г; О</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, АСТ, С-реактивного белка (далее – СРБ), амилазы, креатинина, мочевины. Бактериологическое исследование крови на стерильность. Бактериологическое исследование крови на тифопаратифозную группу микроорганизмов. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды). Бактериологическое исследование кала и мочи на тифопаратифозные микроорганизмы (<i>Salmonella typhi</i>, <i>Salmonella paratyphi</i>). ЭКГ. Определение антител к сальмонелле тифи, паратифа А, В и С (<i>Salmonella typhi</i>, <i>Salmonella paratyphi A</i>, <i>Salmonella paratyphi B</i>, <i>Salmonella paratyphi C</i>) в крови.</p>	<p>2 2 2 3 3 1 1 3 1 1-2 1-2</p> <p>Исследование показателей гемостаза. Биохимическое исследование крови: определение уровня К, Na, Cl, Ca. Исследование кала на скрытую кровь. Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков. Определение антител к сальмонелле паратифа А (<i>Salmonella paratyphi A</i>) в крови. Определение антител к сальмонелле паратифа В (<i>Salmonella paratyphi B</i>) в крови. Определение антител к сальмонелле тифи (<i>Salmonella typhi</i>) в крови. Консультация врача-хирурга</p>	<p>1. Постельный режим. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальная терапия (выбор ЛС должен основываться на сведениях о географическом происхождении возбудителя и его антибиотикорезистентности). 2.1. ЛС выбора: фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут внутрь или 400 мг 2 раза/сут в/в; левофлоксацин 750 мг 1 раз/сут внутрь или в/в) 7–14 дней (не менее 2 дней после нормализации температуры тела); цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 1–2 г 2 раза/сут в/в или цефотаксим 2 г 3–4 раза/сут в/в) 14 сут. 2.2. Альтернативные ЛС: карбапенемы (имипинем/циластатин 250/250 мг 4 раза/сут или меропенем 500–1000 мг 3 раза/сут) (возможно в сочетании с фторхинолонами для полирезистентных возбудителей) 7–14 дней; хлорамфеникол внутрь 500 мг 4 раза/сут первые 3-е сут, затем 500 мг 3 раза/сут до 8-х сут, затем 500 мг 2 раза/сут до 12-и дней нормальной температуры тела. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 5. Лечение септического шока. 6. Лечение кишечных кровотечений.</p>

			Рентгенография (обзорная) грудной полости.	1		7. Хирургическое лечение при перфорации кишечника
			УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	1		
3	Сальмонеллезный энтерит (A02.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, билирубина, АЛТ, амилазы, креатинина, мочевины. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)	2 1 1 1 1 3	Биохимическое исследование крови: определение уровня К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Контрольное бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ, для эпидзначимого контингента – двукратно. Бактериологическое исследование промывных вод желудка	1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка (при наличии тошноты, рвоты и коротком инкубационном периоде). 3. Антибактериальная терапия. 3.1. Показания к назначению: тяжелая степень тяжести; ослабленные пациенты; пожилые пациенты; тяжелая сопутствующая патология; угроза генерализации процесса. 3.2. Антибактериальные ЛС: ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут; цефтриаксон 1 г 2 раза/сут в/м, в/в; азитромицин 500 мг/сут внутрь 3–7 дней. 4. Коррекция водно-солевого баланса: 4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 4.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 4.3. При дегидратации 3 степени.

					<p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>6. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ (дротаверин 40–80 мг внутрь 2–3 раза/сут или мебеверин 1 капс 2 раза/сут)</p>	
4	Сальмонеллезная септицемия (A02.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, билирубина, АЛТ, амилазы, креатинина, АСТ, мочевины, СРБ, К, Na, Cl.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Копрологическое исследование.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p>	2 1 2 3 1 1 3 1	<p>Определение прокальцитонина в сыворотке крови.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости.</p> <p>Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков</p>	<p>1. Антибактериальная терапия:</p> <p>1.1. при внебольничном сальмонеллезе назначают фторхинолоны (ципрофлоксацин 400 мг 2 раза/сут в/в) или цефалоспорины (цефотаксим 2 г 3–4 р/сут в/в или цефтриаксон 1 г 2 раза/сут в/м или в/в);</p> <p>1.2. при сальмонеллезном менингите назначают карбапенемы (меропенем 2 г через 8 часов в/в) 7–14 дней.</p> <p>2. Посиндромное лечение: электролитных нарушений, синдрома интоксикации, коррекция нарушений гемостаза, лечение септического шока</p>

			УЗИ органов брюшной полости (комплексное). ЭКГ	1 1		
5	Локализованная сальмонеллезная инфекция (A02.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня К, Na, Cl. Бактериологическое исследование крови на стерильность. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)	2 1 1 3 1 1 3	Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, амилазы, креатинина, мочевины. ЭКГ. Контрольное бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ для лиц, относящихся к эпидзначимому контингенту двукратное. Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	Антибактериальная терапия. Показания к назначению: тяжелая степень тяжести заболевания; ослабленные пациенты; пожилые пациенты; тяжелая сопутствующая патология; угроза генерализации процесса; колитический вариант заболевания. Антибактериальные ЛС выбора: фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут внутрь или 400 мг 2 раза/сут в/в, или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь или в/в) 7–14 дней (не менее 2 дней после нормализации температуры тела); цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 1–2 г 2 раза/сут в/в или цефотаксим 2 г 3–4 раза/сут) 7–14 дней; макролиды (азитромицин 500 мг/сут 7–14 дней). Альтернативные антибактериальные ЛС: карбапенемы (имипинем/циластатин 250/250 мг 4 раза/сут в/в или меропенем 500–1000 мг 3 раза/сут в/в) (возможно в сочетании с фторхинолонами для полирезистентных возбудителей) 7–14 дней; хлорамфеникол внутрь 500 мг 3–4 раза/сут 7–14 дней
6	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i> (A03.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды). Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl	2 1 1 3 1	Ректороманоскопия. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. Антибактериальные ЛС выбора: фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут внутрь или 400 мг 2 раза/сут в/в, или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь или в/в) 7 дней; цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 1–2 г 2 раза/сут в/в или цефотаксим 2 г 3–4 раза/сут) 7 дней; макролиды (азитромицин 500 мг/сут 7 дней). 2.2. Альтернативные антибактериальные ЛС: карбапенемы (имипинем/циластатин 250/250 мг 4 раза/сут в/в или меропенем 500–1000 мг 3 раза/сут в/в) 7–14 дней. 3. Дезинтоксикационная терапия 30 мл/кг (инфузионные электролитные растворы), при отсутствии эксикоза – растворы декстрана 10 мл/кг. 4. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.

					<p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>4.2. При дегидратации 2 степени.</p> <p>Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>6. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ:</p>
--	--	--	--	--	--

						дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут
7	Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i> (A03.1). Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i> (A03.2). Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i> (A03.3)	Р; Г; О.	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды). Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl	2 1 1 1 3 1	Ректороманоскопия. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. Антибактериальные ЛС выбора: фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут внутрь или 400 мг 2 раза/сут в/в, или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь или в/в) 7 дней; цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 1–2 г 2 раза/сут в/в или цефотаксим 2 г 3–4 раза/сут) 7 дней; макролиды (азитромицин 500 мг/сут 7 дней). 2.2. Альтернативные антибактериальные ЛС: карбапенемы (имипинем/циластатин 250/250 мг 4 раза/сут в/в или меропенем 500–1000 мг 3 раза/сут в/в) 7–14 дней. 3. Дезинтоксикационная терапия 30 мл/кг (инфузионные электролитные растворы), при отсутствии эксикоза – растворы декстрана 10 мл/кг. 4. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 4.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 4.3. При дегидратации 3 степени.

						<p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>6. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут</p>
8	Энтеропатогенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.0)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Копрологическое исследование.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)</p>	1 1 1 1 3	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl.</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных эшерихий</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты независимо от давности заболевания.</p> <p>3. Антибактериальные ЛС не назначают.</p> <p>4. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса.</p> <p>4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>4.2. При дегидратации 2 степени.</p>

					<p>Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут.</p> <p>6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь</p>	
9	Энтеротоксигенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на	1 1 1 1 1 3	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ.	1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты независимо от давности заболевания. 3. Антибактериальные ЛС не назначают. 4. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации 1 степени.

			<p>ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)</p>		<p>Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных эшерихий</p>	<p>Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>4.2. При дегидратации 2 степени.</p> <p>Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут.</p>
--	--	--	---	--	--	--

						6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
10	Энтероинвазивная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)	1 1 1 1 3	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных эшерихий. Ректороманоскопия. Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты независимо от давности заболевания. 3. Антибактериальная терапия назначается только при наличии гемоколита. 3.1. Антибактериальные ЛС выбора: фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза/сут внутрь или 400 мг 2 раза/сут в/в, или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь или в/в) 7 дней; цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 1–2 г 2 раза/сут в/в или цефотаксим 2 г 3–4 раза/сут) 7 дней; макролиды (азитромицин 500 мг/сут 7 дней). 3.2. Альтернативные антибактериальные ЛС: карбапенемы (имипинем/циластатин 250/250 мг 4 раза/сут в/в или меропенем 500–1000 мг 3 раза/сут в/в) 7–14 дней. 4. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 4.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).

					<p>4.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>6. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут</p>	
11	Энтерогеморрагическая инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i> (A04.3)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Копрологическое исследование.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)</p>	2 1 1 1 3	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl.</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных эшерихий</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Антибактериальная терапия. При легкой и средней степени тяжести заболевания антибактериальные ЛС не назначают.</p> <p>2.1. При тяжелой степени заболевания ЛС выбора: рифаксимин 200 мг внутрь 3 раза/сут 3 дня;</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: карбапенемы (эртапенем в/в 1 г 1 раз/сут, или имипинем/циластатин 250/250 мг 4 раза/сут, или меропенем 500 мг 3 раза/сут) 3–5 дней.</p> <p>3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса.</p> <p>3.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации</p>

						<p>(ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>3.2. При дегидратации 2 степени.</p> <p>Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>3.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4. В случае развития гемолитико-уремического синдрома с острой почечной недостаточностью – перевод пациента в отделение анестезиологии и реанимации, консультация врача-нефролога для определения дальнейшей тактики лечения</p>
12	Энтерит, вызванный <i>Campylobacter jejuni</i> (A04.5)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование.	2 1 1 1	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl.	1. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальные ЛС назначают при кровавой диарее, тяжелой степени заболевания или диарее, длящейся более 1 недели.

			<p>Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)</p>	<p>1 3</p>	<p>Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Обнаружение антигена <i>Samrulobacter jejuni</i> в нативном кале методом ИХА. Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК патогенных кампилобактерий</p>	<p>2.1. ЛС выбора: макролиды (эритромицин 250 мг 4 раза/сут внутрь или азитромицин 500 мг/сут, или кларитромицин 250 мг 2 раза/сут) 5–7 дней. 2.2. Альтернативные ЛС: доксциклин 100 мг 2 раза/сут внутрь или фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь или в/в) 5–7 дней. 3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 3.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 3.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг. Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p>
--	--	--	---	----------------	---	---

						<p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут</p>
13	Энтерит, вызванный <i>Yersinia enterocolitica</i> (A04.6)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Копрологическое исследование.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды).</p> <p>Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) и мочи на иерсинии (<i>Yersinia spp.</i>) на 1-й неделе болезни.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии энтероколитика (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в крови</p>	2 1 1 1 3 1 1–2	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АСТ, К, Na, Сl.</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК возбудителя.</p> <p>Бактериологическое исследование смывов из зева на иерсинии (<i>Yersinia enterocolitica</i>) в первые 3 дня болезни</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Антибактериальная терапия 7–10 дней: доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в первые сутки, 1 раз/сут в последующие дни или фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь, или в/в), или цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 2 г/сут в/м или в/в, или цефотаксим 1 г 3–4 раза/сут).</p> <p>3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса.</p> <p>3.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p>

						<p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>3.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут</p>
14	Псевдотуберкулез (A28.2)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Копрологическое исследование.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды).</p> <p>Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) и мочи на иерсинии (<i>Yersinia spp.</i>) на 1-й неделе болезни.</p>	2 1 1 1 3 1	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АСТ, К, Na, Сl.</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование кала для обнаружения ДНК возбудителя.</p> <p>Бактериологическое исследование смывов из зева</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Антибактериальная терапия 7–10 дней: доксицилин 100 мг внутрь 2 раза в первые сутки, 1 раз/сут в последующие дни или фторхинолоны (ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или левофлоксацин 750 мг/сут внутрь, или в/в), или цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 2 г/сут в/м или в/в, или цефотаксим 1 г 3–4 раза/сут).</p> <p>3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса.</p> <p>3.1. При дегидратации 1 степени.</p> <p>Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.</p>

			<p>Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови</p>	<p>1–2</p>	<p>на иерсинии (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в первые 3 дня болезни. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости на иерсинии (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>)</p>	<p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 3.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг. Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии. В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации). Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p>
--	--	--	--	------------	--	--

						5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь или мебеверин 1 капс 2 раза/сут
15	Энтероколит, вызванный Clostridium difficile (A04.7)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды). Исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (Clostridium difficile)	2 1 1 1 3 1	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, билирубина, СРБ, АЛТ, АСТ, К, Na, Cl. Исследование параметров КОС крови. Исследование показателей гемостаза. ЭКГ. Толстокишечная эндоскопия. Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальная терапия: метронидазол 250 мг 4 раза/сут или 500 мг 3 раза/сут внутрь или ванкомицин 250 мг 4 раза/сут внутрь (при тяжелой степени заболевания, непереносимости метронидазола, лихорадке с лейкоцитозом более $15 \times 10^9/\text{л}$, продолжающейся системной антибактериальной терапии) 10–14 дней. 3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 3.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 3.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.

						<p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь, в/м или мебеверин 1 капс 2 раза/сут.</p> <p>6. По медицинским показаниям – отмена антибактериальной терапии, предшествующей заболеванию</p>
16	Стафилококковое пищевое отравление (A05.0)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Копрологическое исследование кала.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды).</p> <p>Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы</p>	1 1 1 1 3 1	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl.</p> <p>ЭКГ</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Промывание желудка.</p> <p>3. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса.</p> <p>3.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p>

					<p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>3.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь, в/м или мебеверин 1 капс 2 раза/сут</p>	
17	Ботулизм. Отравление, вызванное Clostridium botulinum (A05.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Исследование крови на наличие ботулотоксина.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога, врача-невролога</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Исследование промывных вод желудка, остатков пищи на наличие ботулотоксина.</p> <p>Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl.</p> <p>Исследование параметров КОС крови</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П), при нарушении глотания – зондовое кормление, парентеральное питание.</p> <p>2. Промывание желудка 2–5 % раствором гидрокарбоната натрия через зонд (выполнять с осторожностью, так как имеется высокий риск попадания зондом в трахею).</p> <p>3. Постановка сифонной клизмы с 5 % раствором гидрокарбоната натрия при поступлении.</p> <p>4. Противоботулиническая сыворотка при неизвестном типе возбудителя: тип А и Е по 10 000 МЕ, тип В 5 000 МЕ при любой степени тяжести в/в однократно.</p> <p>5. При раневом ботулизме назначают антибактериальную терапию (продолжительность терапии – до клинического улучшения и отсутствия температуры тела в течение 48–72 часов):</p>

						пенициллины (ампициллин 1 г в/м 4 раза/сут или бензилпенициллин 1 млн ЕД в/м 4 раза/сут). При аллергии на пенициллин – метронидазол 500 мг в/в 3 раза/сут. 6. Дезинтоксикационная терапия: 20–30 мл/кг инфузионными растворами электролитов в/в однократно. 7. Искусственная вентиляция легких (далее – ИВЛ) – по медицинским показаниям. 8. Катетеризация мочевого пузыря – по медицинским показаниям. 9. Очистительные клизмы (при отсутствии стула) 1 раз в 2 дня. 10. Гибербарическая оксигенация (далее – ГБО) ¹
18	Пищевое отравление, вызванное Clostridium perfringens (Clostridium welchii) (A05.2). Пищевое отравление, вызванное Vibrio parahaemolyticus (A05.3). Пищевое отравление, вызванное Bacillus cereus (A05.4)	P; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование кала. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды). Бактериологическое исследование рвотных масс или промывных вод желудка на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1 1 1 1 3 1	Биохимическое исследование крови с определением уровня мочевины, креатинина, К, Na, Cl. ЭКГ. Бактериологическое исследование пищевых продуктов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1. Лечебное питание (диета П). 2. Промывание желудка при наличии тошноты, рвоты и коротком инкубационном периоде. 3. Антибактериальная терапия. 3.1. Показания к назначению: тяжелая степень тяжести; ослабленные пациенты; пожилые пациенты; тяжелая сопутствующая патология; угроза генерализации процесса. 3.2. Антибактериальные ЛС 3–7 дней: ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут; цефтриаксон 1 г 2 раза/сут в/м, в/в; азитромицин 500 мг/сут внутрь 3–7 дней. 4. При наличии дегидратации – коррекция водно-солевого баланса. 4.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 4.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в

					<p>введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратацию растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p> <p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. НПВС:</p> <p>кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>6. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ: дротаверин 40–80 мг 2–3 раза/сут внутрь, в/м или мебеверин 1 капс 2 раза/сут</p>	
19	<p>Острая амёбная дизентерия (А06.0).</p> <p>Хронический кишечный амёбиаз (А06.1).</p> <p>Амёбный недизентерийный колит (А06.2).</p>	<p>Р; Г; О</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Копрологическое исследование кала.</p> <p>Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды).</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>3</p>	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, общего белка, К, Na, Cl.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Толстокишечная эндоскопия.</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П)</p> <p>2. Этиотропное лечение: производные нитроимидазола (метронидазол 750 мг 3 раза/сут внутрь 10 дней или тинидазол 2 г/сут внутрь 3 дня).</p> <p>При хроническом амёбиазе назначают 2–3 курса этиотропного лечения с интервалом 1–1,5 месяца.</p> <p>3. Дезинтоксикационная (инфузионная) терапия – по медицинским показаниям</p>

	Амебома кишечника (А06.3)		Микроскопическое исследование свежего неокрашенного мазка кала на наличие E. Histolytica. Микроскопическое исследование свежего мазка кала, окрашенного раствором Люголя, на наличие E. Histolytica	3 3	Морфологическое исследование препарата слизистой кишечника на наличие E. Hystolitics. Консультация врача-хирурга	
20	Амебный абсцесс печени. Печеночный амебиаз (А06.4)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, общего белка, К, Na, Cl. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. Микроскопическое исследование свежего неокрашенного мазка кала на наличие E. Histolytica. Микроскопическое исследование свежего мазка кала, окрашенного раствором Люголя, на наличие E. Histolytica. Консультация врача-инфекциониста	3 1 2 2 3 3 1	Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды). Толстокишечная эндоскопия. Морфологическое исследование препарата слизистой кишечника на наличие E. Hystolitics. КТ органов брюшной полости. Рентгенография (обзорная) органов брюшной полости	Лечение осуществляют в условиях хирургического отделения больницы организации здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: производные нитроимидазола (метронидазол 750 мг 3 раза/сут внутрь или 750 мг 3 раза/сут в/в) 10 дней. 3. При наличии медицинских показаний – хирургическое вмешательство
21	Амебный абсцесс легкого (А06.5)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, общего белка. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. Микроскопическое исследование свежего неокрашенного мазка кала на наличие E. Histolytica. Микроскопическое исследование свежего мазка кала, окрашенного раствором Люголя, на наличие E. Histolytica.	2 1 2 2 2 3 3 2	Толстокишечная эндоскопия. Морфологическое исследование препарата слизистой кишечника на наличие E. Hystolitics. Рентгенография (обзорная) органов брюшной полости. КТ органов брюшной полости. КТ органов грудной полости. Бронхоскопия	Лечение осуществляют в условиях хирургического отделения областной или республиканской организации здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: производные нитроимидазола (метронидазол 750 мг 3 раза/сут в/в) 10 дней. 3. При наличии медицинских показаний – хирургическое вмешательство

			Микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты. Консультация врача-инфекциониста	3 1		
22	Амебный абсцесс головного мозга (A06.6)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, общего белка, К, Na, Cl. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. Рентгенография околоносовых пазух. Микроскопическое исследование свежего неокрашенного мазка кала на наличие E. Histolytica. Микроскопическое исследование свежего мазка кала, окрашенного раствором Люголя, на наличие E. Histolytica. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Консультация врача-инфекциониста, врача-невролога, врача-офтальмолога. МРТ головы (при отсутствии возможности проведения – КТ головного мозга) ¹	2 1 2 1 1 1 3 3 1 1 1	Толстокишечная эндоскопия. Морфологическое исследование препарата слизистой кишечника на наличие E. Hystolytica. Рентгенография (обзорная) органов брюшной полости	Лечение осуществляют в условиях нейрохирургического отделения областной или республиканской организации здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: производные нитроимидазола (метронидазол 750 мг 3 раза/сут в/в) 10 дней. 3. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол 400 мл в/в капельно, фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 4. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в
23	Кожный амебиаз (A06.7)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование свежего неокрашенного мазка кала и кожи на наличие E. Histolytica. Микроскопическое исследование свежего мазка кала и мазка участка поврежденной кожи, окрашенных раствором Люголя, на наличие E. Histolytica.	2 1 3 3	Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ. Толстокишечная эндоскопия. Морфологическое исследование препарата слизистой кишечника на наличие E. Hystolytica. Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: производные нитроимидазола (метронидазол 750 мг 3 раза/сут внутрь или в/в) 10 дней. При наличии медицинских показаний – перевод пациента в дерматовенерологическое отделение районной, городской или областной организации здравоохранения

			УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. Консультация врача-дерматовенеролога	1 1 1		
24	Амебная инфекция другой локализации. Амебный: аппендицит, баланит (А06.8)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ. Микроскопическое исследование свежего неокрашенного мазка кала и кожи на наличие <i>E. Histolytica</i> . Микроскопическое исследование свежего мазка кала и мазка участка поврежденной кожи, окрашенных раствором Люголя, на наличие <i>E. Histolytica</i> . УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. Консультация врача-инфекциониста	2 1 2 3 3 1 1 1	Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ. Толстокишечная эндоскопия. Морфологическое исследование препарата слизистой кишечника на наличие <i>E. Hystolytica</i> . Консультация врача-хирурга. Рентгенография (обзорная) органов брюшной полости. КТ органов брюшной полости	Лечение осуществляют в условиях хирургического отделения больницы организации здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: производные нитроимидазола (метронидазол 750 мг 3 раза/сут внутрь или в/в) 10 дней. 3. При наличии медицинских показаний – хирургическое вмешательство (областная организация здравоохранения)
25	Жиардиаз [лямблиоз] (А07.1)	Р, Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)	1 1 1 1 3	Микроскопическое исследование дуоденального содержимого на наличие вегетативных форм и цист лямблий. Обнаружение антигена лямблий в нативном кале методом иммунохемилюминесцентного анализа (далее – ИХА). УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: производные нитроимидазола (метронидазол 250 мг внутрь 3 раза/сут 5 дней или орнидазол 1,5 г/сут однократно, или тинидазол 2 г/сут однократно), или нитрофураны (фуразолидон 100 мг внутрь 4 раза/сут 7–10 дней), или антигельминтное средство (албендазол 400 мг/сут 5 дней)
26	Изоспороз (А07.3)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина,	3 1 1 1	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение. 2.1. иммунокомпетентным пациентам: сульфаметоксазол/триметоприм 800/160 мг внутрь 2 раза/сут 10 дней;

			АЛТ, мочевины, креатинина, К, Na, Сl. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды). Микроскопическое исследование кала на простейшие (изоспоры)	1 3 1		2.2. пациентам в состоянии иммуносупрессии: сульфаметоксазол/триметоприм 800/160 мг внутрь 4 раза/сут 10 дней, затем 800/160 мг 2 раза/сут до 3 недель
27	Вирусные диареи (A08.0–A08.4)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Копрологическое исследование. Бактериологическое исследование кала (мазка из прямой кишки) на ПКФ (пациентам, относящимся к эпидзначимому контингенту, бактериологическое исследование выполняют трижды)	1 1 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня мочевины, креатинина, К, Na, Сl. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Определение антигенов ротавируса, аденовируса, астровируса, норовируса, энтеровирусов в кале	1. Лечебное питание (диета П). 2. Коррекция водно-солевого баланса: 2.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию. 2.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). 2.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения. Регидратацию растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.

						Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии. В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации). Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации)
28	Бубонная чума (A20.0)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование крови, пунктата бубона, отделяемого язвы на иерсинию пестис (<i>Yersinia pestis</i>). Бактериологическое исследование крови на стерильность. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. Биохимическое исследование крови с определением уровня электролитов (К, Na, Cl, Са). ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	1 1 1 3 1 1 1 1 1	Молекулярно-биологическое исследование пунктата бубона на ДНК возбудителя. Исследование крови методом флюоресцирующих антител (далее – МФА). Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия (10 дней). 2.1. ЛС выбора: гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз/сут или 2,5 мг/кг в/в 2 раза/сут; стрептомицин 15 мг/кг в/в 2 раза/сут. 2.2. Альтернативные ЛС: ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или 400 мг в/в 2 раза/сут; левофлоксацин 500 мг в/в или внутрь 1 раз/сут; доксициклин 200 мг в/в или внутрь 2 раза/сут в первые сутки, затем 100 мг в/в или внутрь 2 раза/сут. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
29	Легочная чума (A20.2)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование мокроты, мочи и мазка из зева на иерсинию пестис (<i>Yersinia pestis</i>). Бактериологическое исследование крови на стерильность. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови.	2 2 3 3 2 2	Молекулярно-биологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты на ДНК возбудителя. Рентгенография (обзорная) грудной полости (повторно на 4-е сутки). Исследование крови МФА	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия (10–20 дней). 2.1. ЛС выбора: гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз/сут или 2,5 мг/кг в/в 2 раза/сут; стрептомицин 15 мг/кг в/в или в/м 2 раза/сут. 2.2. Альтернативные ЛС: ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или 400 мг в/в 2 раза/сут; левофлоксацин 500 мг в/в или внутрь 1 раз/сут;

			Биохимическое исследование крови с определением уровня электролитов (К, Na, Cl, Са). ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	2 2 2		доксциклин 200 мг в/в 2 раза/сут в первые сутки, затем 100 мг в/в 2 раза/сут. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
30	Чумной менингит (A20.3)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование крови, мочи и спинномозговой жидкости на иерсинию пестис (<i>Yersinia pestis</i>). Бактериологическое исследование крови на стерильность. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. Биохимическое исследование крови с определением уровня электролитов (К, Na, Cl, Са). ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	2 2 3 3 3 1 2 2 1 1	Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на ДНК возбудителя. Исследование крови МФА	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия (10–15 дней): гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз/сут или 2,5 мг/кг в/в 2 раза/сут; стрептомицин 15 мг/кг в/в или в/м 2 раза/сут. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 4. Посиндромное лечение: синдрома интоксикации (10 % раствор глюкозы 400 мл, в/в капельно; 7,5 % раствор калия хлорида 10–20 мл в/в капельно); дегидратационная терапия сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; при наличии судорог – 0,5 % раствор диазепама 2–4 мл в/в или в/м
31	Септическая чума (A20.7)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование крови, мочи и мокроты на иерсинию пестис (<i>Yersinia pestis</i>). Бактериологическое исследование крови на стерильность. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. Биохимическое исследование крови с определением уровня электролитов (К, Na, Cl, Са). ЭКГ.	2 2 3 3 3 2 2 1	Определение прокальцитонина в сыворотке крови. Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя. Исследование крови МФА	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия (10–15 дней). 2.1. ЛС выбора: гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз/сут или 2,5 мг/кг в/в 2 раза/сут; стрептомицин 15 мг/кг в/в 2 раза/сут. 2.2. Альтернативные ЛС: ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или 400 мг в/в 2 раза/сут; левофлоксацин 500 мг в/в или внутрь 1 раз/сут; доксциклин 200 мг в/в 2 раза/сут в первые сутки, затем 100 мг в/в 2 раза/сут. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.

			Рентгенография (обзорная) грудной полости	1		4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности, септического шока
32	Ульцерогландулярная туляремия (A21.0). Окулогландулярная туляремия (A21.1)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование отделяемого из язвы, пунктата бубона на возбудителя туляремии (<i>Francisella tularensis</i>). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю туляремии (<i>Francisella tularensis</i>). Консультация врача-дерматовенеролога, врача-хирурга	2 2 1 1-2 1	Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ. Биохимическое исследование крови с определением уровня глюкозы	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора (10 дней): гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз/сут или 2,5 мг/кг в/в 2 раза/сут; стрептомицин 10 мг/кг в/в 2 раза/сут. 2.2. Альтернативные ЛС (14–21 день): ципрофлоксацин 750 мг внутрь 2 раза/сут или 400 мг в/в 2 раза/сут; доксициклин 100 мг в/в 2 раза/сут. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
33	Легочная туляремия (A21.2)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование мокроты на возбудителя туляремии (<i>Francisella tularensis</i>). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю туляремии (<i>Francisella tularensis</i>). Биохимическое исследование крови с определением уровня электролитов (К, Na, Cl, Ca). Рентгенография (обзорная) грудной полости	2 2 3 1-2 1 2	Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. Бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) (трижды). Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. ЭКГ. КТ органов грудной полости. Молекулярно-биологическое исследование мокроты на ДНК возбудителя. Консультация врача-фтизиатра, врача-пульмонолога, врача-дерматовенеролога, врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора (10 дней): гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз/сут или 2,5 мг/кг в/в 2 раза/сут; стрептомицин 10 мг/кг в/в 2 раза/сут. 2.2. Альтернативные ЛС (14–21 день): ципрофлоксацин 750 мг внутрь 2 раза/сут или 400 мг в/в 2 раза/сут; доксициклин 100 мг в/в или внутрь 2 раза/сут. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
34	Желудочно-кишечная туляремия (A21.3)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи.	2 2	Рентгенография (обзорная) грудной полости. КТ органов брюшной полости.	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора (10 дней):

			Эзофагогастродуоденоскопия.	1	Молекулярно-биологическое исследование кала на ДНК возбудителя	<p>гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз/сут или 2,5 мг/кг в/в 2 раза/сут;</p> <p>стрептомицин 10 мг/кг в/в 2 раза/сут.</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС (14–21 день):</p> <p>ципрофлоксацин 750 мг внутрь 2 раза/сут или 400 мг в/в 2 раза/сут;</p> <p>доксциклин 100 мг в/в или внутрь 2 раза/сут.</p> <p>3. НПВС:</p> <p>кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м;</p> <p>метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м;</p> <p>парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>4. Коррекция водно-солевого баланса:</p> <p>4.1. При дегидратации 1 степени.</p> <p>Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>4.2. При дегидратации 2 степени.</p> <p>Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально); растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации.</p> <p>При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию.</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4.3. При дегидратации 3 степени.</p> <p>Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения.</p> <p>Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p>
			Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ.	1		
			Бактериологическое исследование рвотных масс и кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.	1		
			Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, электролитов (K, Na, Cl, Ca).	2		
			Исследование показателей гемостаза.	1		
			Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к возбудителю туляремии (<i>Francisella tularensis</i>).	1–2		
			Консультация врача-хирурга	1		

						<p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>5. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ (дротаверин 40–80 мг внутрь 2–3 раза/сут или мебеверин 1 капс 2 раза/сут)</p>
35	Генерализованная туляремия (A21.7)	Г; О; Респ	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на возбудителя туляремии (<i>Francisella tularensis</i>).</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю туляремии (<i>Francisella tularensis</i>).</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, СРБ, электролитов (К, Na, Cl, Ca).</p> <p>Исследование показателей гемостаза</p>	2 2 3 3 1–2 1 1 1 1	<p>Определение прокальцитонина в сыворотке крови.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия.</p> <p>2.1. ЛС выбора (10 дней): гентамицин 5 мг/кг в/в 1 раз/сут или 2,5 мг/кг в/в 2 раза/сут; стрептомицин 10 мг/кг в/в 2 раза/сут.</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС (14–21 день): ципрофлоксацин 750 мг внутрь 2 раза/сут или 400 мг в/в 2 раза/сут; доксициклин 100 мг в/в или внутрь 2 раза/сут.</p> <p>3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности, септического шока</p>
36	Кожная форма сибирской язвы. Злокачественный (ая): карбункул пустула (A22.0)	Г; О; Респ	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Бактериологическое исследование отделяемого язв, пустул на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>).</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого язв, пустул на</p>	2 2 2 1	<p>Молекулярно-биологическое исследование отделяемого язв, пустул на ДНК возбудителя.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>Исследование крови МФА.</p> <p>ЭКГ</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия.</p> <p>2.1. ЛС выбора (7–10 дней): ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут; доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут; левофлоксацин 700 мг внутрь 1 раз/сут; амоксициллин 1000 мг внутрь 3 раза/сут (назначают только при микробиологически доказанной чувствительности).</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС (7–10 дней):</p>

			возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>)	1–2		клиндамицин 600 мг внутрь 3 раза/сут. 3. В случае заражения в результате биотеррористического воздействия и невозможности исключить вдыхание спор возбудителя курс антибактериальной терапии продолжают до 60 дней
37	Легочная форма сибирской язвы (A22.1)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование мокроты на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Микроскопическое исследование мокроты на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) (трижды). Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, АЛТ, АСТ, К, Na, Cl	2 2 3 1 1–2 3 1 1 2 1 2 2	КТ органов грудной полости. Исследование крови МФА. Молекулярно-биологическое исследование мокроты на ДНК возбудителя. Консультация врача-пульмонолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия (назначают не менее двух ЛС). 2.1. ЛС выбора: ципрофлоксацин 400 мг в/в 3 раза/сут в сочетании с клиндамицином 900 мг в/в 3 раза/сут или с линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут 14 дней или до клинической стабилизации, затем ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут до 60 дней. 2.2. Альтернативные ЛС: левофлоксацин 750 мг в/в 1 раз/сут (или моксифлоксацин 400 мг в/в 1 раз/сут) в сочетании с клиндамицином 900 мг в/в 3 раза/сут или с линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут 14 дней или до клинической стабилизации, затем ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут до 60 дней. 2.3. При микробиологически доказанной чувствительности: фторхинолоны и доксициклин могут быть заменены на бензилпенициллин 4 млн. ЕД в/в каждые 4 часа. 3. Кортикостероиды (3–5 дней при отеке легких): преднизолон 50–150 мг в/в или дексаметазон 8–24 мг в/в. 4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
38	Желудочно-кишечная форма сибирской язвы (A22.2)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, АЛТ, АСТ, К, Na, Cl.	2 2 2	Рентгенография (обзорная) грудной полости. Исследование показателей гемостаза. Эзофагогастродуоденоскопия. Рентгенография (обзорная) брюшной полости.	1. Лечебное питание (диета П). 2. Антибактериальная терапия (назначают не менее двух ЛС). 2.1. ЛС выбора: ципрофлоксацин 400 мг в/в 3 раза/сут в сочетании с клиндамицином 900 мг в/в 3 раза/сут или с линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут 14 дней или до клинической

			<p>Бактериологическое исследование рвотных масс, кала на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>).</p> <p>Микроскопическое исследование рвотных масс, кала на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>).</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>).</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Консультация врача-хирурга</p>	<p>3</p> <p>1</p> <p>1–2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>КТ органов брюшной полости. ЭКГ.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование кала на ДНК возбудителя</p>	<p>стабилизации, затем ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут до 60 дней;</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: левофлоксацин 750 мг в/в 1 раз/сут (или моксифлоксацин 400 мг в/в 1 раз/сут) в сочетании с клиндамицином 900 мг в/в 3 раза/сут или с линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут 14 дней или до клинической стабилизации, затем ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут до 60 дней.</p> <p>2.3. При микробиологически доказанной чувствительности: фторхинолоны и доксициклин могут быть заменены на бензилпенициллин 4 млн. ЕД в/в 4 раза/сут.</p> <p>3. Коррекция водно-солевого баланса:</p> <p>3.1. При дегидратации 1 степени. Пероральная регидратация в минимальном объеме до 2,0 л/сут (солевой раствор для пероральной регидратации), по 75–100 мл каждые 15–30 минут. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации). При некупируемой рвоте, невозможности приема жидкости внутрь, нарастании дегидратации – переход на в/в регидратацию.</p> <p>3.2. При дегидратации 2 степени. Назначают комбинацию в/в и пероральной регидратации в объеме 50–100 мл/кг (1/3–1/2 объема в/в капельно; 2/3–1/2 объема перорально): растворы электролитов для в/в введения; для приема внутрь – солевой раствор для пероральной регидратации. При стабилизации состояния пациента максимально ранний переход на пероральную регидратацию. Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>3.3. При дегидратации 3 степени. Госпитализация пациента в отделение анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения. Регидратация растворами электролитов для в/в введения осуществляют через две периферические или центральную вены из расчета: 1-й час – 50 мл/кг; 2-й час – 25 мл/кг; 3-й час – 25 мл/кг.</p>
--	--	--	--	--	---	---

						<p>Клиническую оценку состояния пациента осуществляют каждый час. При отсутствии эффекта от проводимого лечения – увеличение скорости инфузии.</p> <p>В последующем – продолжение в/в регидратации (растворы электролитов для в/в введения) или переход на пероральную регидратацию (солевой раствор для пероральной регидратации).</p> <p>Выполняют оценку продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) в динамике для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации).</p> <p>4. ЛС, применяемые для лечения функциональных нарушений ЖКТ (дротаверин 40–80 мг внутрь 2–3 раза/сут или мебеверин 1 капс 2 раза/сут).</p> <p>5. При развитии некроза кишечника госпитализация в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения</p>
39	Сибирязвенная септицемия (A22.7)	Г; О; Респ	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>).</p> <p>Бактериологическое исследование отделяемого из язвы на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>).</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого язвы на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>).</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>).</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, АЛТ, АСТ, К, Na, Cl.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	2 2 3 3 3 1 1–2 2 2 1 1	<p>Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя.</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>Определение прокальцитонина в сыворотке крови</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия (назначают не менее двух ЛС).</p> <p>2.1. ЛС выбора: ципрофлоксацин 400 мг в/в 3 раза/сут в сочетании с клиндамицином 900 мг в/в 3 раза/сут или с линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут 14 дней или до клинической стабилизации, затем ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут до 60 дней.</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: левофлоксацин 750 мг в/в 1 раз/сут (или моксифлоксацин 400 мг в/в 1 раз/сут) в сочетании с клиндамицином 900 мг в/в 3 раза/сут или с линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут 14 дней или до клинической стабилизации, затем ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут до 60 дней.</p> <p>2.3. При наличии менингита: ципрофлоксацин 400 мг в/в 3 раза/сут в сочетании с меропенемом 2000 мг в/в 3 раза/сут и линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут 14–21 день или до клинической стабилизации, затем ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут до 60 дней.</p> <p>2.4. При микробиологически доказанной чувствительности фторхинолоны и доксициклин могут быть заменены на бензилпенициллин 4 млн. ЕД в/в 4 раза/сут.</p>

						3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности, септического шока
40	Другие формы сибирской язвы. Сибиреязвенный менингит (A22.8)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование крови на стерильность. Бактериологическое исследование крови на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Бактериологическое исследование отделяемого из язвы на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Микроскопическое исследование отделяемого язвы на возбудителя сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к возбудителю сибирской язвы (<i>Bacillus anthracis</i>). Исследование показателей гемостаза. Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, АЛТ, АСТ, К, Na, Cl. ЭКГ. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Консультация врача-невролога	2 2 3 3 3 3 1 1-2 1 2 1 1 1	Рентгенография (обзорная) грудной полости. Молекулярно-биологическое исследование крови и спинномозговой жидкости на ДНК возбудителя	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия (назначают не менее трех ЛС). Ципрофлоксацин 400 мг в/в 3 раза/сут в сочетании с меропенемом 2000 мг в/в 3 раза/сут и линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут 14–21 день или до клинической стабилизации, затем ципрофлоксацин 500 мг внутрь 2 раза/сут или доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут до 60 дней. 3. Кортикостероиды (2–4 дня): дексаметазон 8–24 мг в/в. 4. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол 400 мл в/в капельно, фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 5. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в. 6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 7. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности, септического шока
41	Бруцеллез, вызванный <i>Br. melitensis</i> (A23.0). Бруцеллез, вызванный <i>Br. abortus</i> (A23.1). Бруцеллез, вызванный <i>Br. suis</i> (A23.2).	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование крови, спинномозговой жидкости (только при развитии менингита), мочи на бруцеллы (<i>Brucella</i> spp.)	2 2 1	Бактериологическое исследование крови на стерильность. Бактериологическое исследование синовиальной жидкости (при развитии	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора: доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут 6 недель в сочетании с гентамицином 5 мг/кг в/в 1 раз/сут 7 дней; доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут 6 недель в сочетании с рифампицином 600–900 мг внутрь 1 раз/сут 6 недель.

	Бруцеллез, вызванный <i>Br. canis</i> (A23.3). Другие формы бруцеллеза (A23.8)		<p>Определение антител к бруцеллам (<i>Brucella</i> spp.) в крови.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, АЛТ, АСТ, СРБ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости (при развитии менингита).</p> <p>Консультация врача-ревматолога, врача-невролога</p>	<p>1–2 артрит), на бруцеллы (<i>Brucella</i> spp.)</p> <p>1 Молекулярно-биологическое исследование крови, спинномозговой, синовиальной жидкости на ДНК возбудителя.</p> <p>1 Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>1 Рентгенография суставов (в зависимости от локализации поражения).</p> <p>1 Консультация врача-хирурга, врача-уролога, врача акушера-гинеколога, врача-фтизиатра, врача-кардиохирурга</p>	<p>2.2. При наличии артритов: (доксциклин 100 мг внутрь 2 раза/сут 6 недель в сочетании с рифампицином 600–900 мг внутрь 1 раз/сут 3 месяца) в сочетании с гентамицином 5 мг/кг в/в 1 раз/сут 7 дней; цiproфлоксацин 750 мг внутрь 2 раза/сут с рифампицином 600–900 мг внутрь 1 раз/сут 3 месяца.</p> <p>2.3. Во время беременности: сульфаметоксазол/триметоприм 800/160 мг 5 мг/кг (по триметоприму) внутрь 2 раза/сут в сочетании с рифампицином 600–900 мг внутрь 1 раз/сут 4 недели.</p> <p>2.4. При поражении нервной системы: (доксциклин 100 мг внутрь или в/в 2 раза/сут в сочетании с рифампицином 600–900 мг внутрь 1 раз/сут) в сочетании с цефтриаксоном 2000 мг в/в 2 раз/сут до нормализации показателей спинномозговой жидкости.</p> <p>3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>4. Посиндромное лечение: синдрома интоксикации, коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений</p>
42	Лептоспироз (A27). Лептоспироз желтушно-геморрагический (A27.0). Другие формы лептоспироза (A27.8). Лептоспироз неуточненный (A27.9)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, креатинкиназы, АЛТ, АСТ, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антител к лептоспире (<i>Leptospira</i> spp.) в крови.</p> <p>Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости (при развитии менингита).</p> <p>УЗИ органов брюшной полости, почек (комплексное).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>2 ЭКГ.</p> <p>2 Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя.</p> <p>2 Консультация врача-нефролога, врача-невролога</p> <p>1</p> <p>1–2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия:</p> <p>2.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 1,5–2 млн ЕД в/в 4 раза/сут 7 дней (при менингите – до 24 млн. ЕД/сут) или цефтриаксон 2 г в/в 1 раз/сут 7 дней.</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: доксициклин 100 мг в/в 2 раза/сут 7 дней.</p> <p>3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, септического шока, острой печеночной и (или) почечной недостаточности</p>
43	Листерийный менингит и менингоэнцефалит (A32.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p>	<p>2 Исследование параметров КОС крови.</p> <p>2</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия (продолжительность антибактериальной терапии 21 день).</p>

			<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Микробиологическое исследование спинномозговой жидкости на листерии (<i>Listeria monocytogenes</i>).</p> <p>Микробиологическое исследование спинномозговой жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога.</p> <p>КТ¹ головного мозга или МРТ¹ головы</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>Рентгенография околоносовых пазух.</p> <p>ЭКГ</p>	<p>2.1. ЛС выбора: ампициллин 2000 мг в/в 6 раз/сут в сочетании с гентамицином 2 мг/кг в/в однократно, затем 1,7 мг/кг в/в 3 раза/сут;</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: меропенем 2000 мг в/в 3 раза/сут.</p> <p>3. Кортикостероиды (2–4 дня): дексаметазон 8–24 мг в/в.</p> <p>4. При развитии отека-набухания вещества головного мозга назначают дегидратационную терапию: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно.</p> <p>5. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м.</p> <p>6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>7. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации</p>
44	Листериязная септицемия (A32.7)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, СРБ, К, Na, Cl.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости, почек (комплексное).</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>Определение прокальцитонина в сыворотке крови.</p> <p>Эхокардиография</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия (продолжительность антибактериальной терапии 21 день).</p> <p>2.1. ЛС выбора: ампициллин 2000 мг в/в 6 раз/сут в сочетании с гентамицином 2 мг/кг в/в однократно, затем 1,7 мг/кг в/в 3 раза/сут;</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: меропенем 2000 мг в/в 3 раза/сут.</p> <p>2.3. Во время беременности: ампициллин 2000 мг в/в 6 раз/сут 14 дней или (при аллергии на ампициллин – меропенем 1000 мг в/в 3 раза/сут 14 дней).</p> <p>3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, септического шока</p>

45	Другие формы листериоза. Листерийный эндокардит (А32.8)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня креатинина, мочевины, билирубина, общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Эхокардиография.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Консультация врача-кардиохирурга</p>	2 2 2 2 3 1 1 2 2 1 1	<p>Определение прокальцитонина в сыворотке крови</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия (продолжительность антибактериальной терапии 4–6 недель).</p> <p>2.1. ЛС выбора: ампициллин 2000 мг в/в 6 раз/сут в сочетании с гентамицином 2 мг/кг в/в однократно, затем 1,7 мг/кг в/в 3 раза/сут;</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: меропенем 2000 мг в/в 3 раза/сут.</p> <p>3. Кортикостероиды (2–4 дня): дексаметазон 8–24 мг в/в.</p> <p>4. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол 400 мл в/в капельно, фуросемид 40–120 мг в/в струйно.</p> <p>5. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м.</p> <p>6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>7. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, сердечной недостаточности, нарушений ритма.</p> <p>8. Кардиохирургическое лечение – по медицинским показаниям</p>
46	Столбняк (А35)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Определение титра столбнячного антитоксина в крови.</p> <p>Консультация врача-невролога, врача-хирурга, врача-инфекциониста</p>	1 1 1 1 1	<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, креатинина, мочевины, билирубина, общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Исследование параметров КОС крови</p>	<p>Лечение осуществляют в условиях отделения анестезиологии и реанимации больницы организации здравоохранения.</p> <p>При раневом столбняке пациента госпитализируют в отделение хирургии больницы организации здравоохранения.</p> <p>1. Оксигенотерапия на этапах транспортировки.</p> <p>2. Лечебное питание (диета М).</p> <p>3. Противостолбнячный человеческий иммуноглобулин 500 МЕ в/м (в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы или в наружную поверхность бедра) или при отсутствии вводят 100 000 МЕ противостолбнячной сыворотки однократно в/в.</p> <p>4. Антистолбнячный анатоксин 1 мл п/к однократно.</p> <p>5. Хирургическая обработка раны.</p> <p>6. Антибактериальная терапия.</p> <p>6.1. ЛС выбора: метронидазол 500 мг в/в 4 раза/сут или 1000 мг 2 раза/сут 7–10 дней; бензилпенициллин 3 млн ЕД в/в 4 раза/сут 7–10 дней.</p>

						<p>6.2. Альтернативные ЛС: доксицилин 100 мг в/в 2 раза/сут 7–10 дней. 7. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,05–0,2 мг/кг/час в/в (до 140 мг/сут). 8. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 9. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации. 10. ИВЛ по медицинским показаниям</p>
47	Дифтерия глотки (А36.0)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ. ЭКГ. Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (<i>Corinebacterium diphtheriae</i>). Консультация врача-оториноларинголога</p>	3 3 1 1 3 1	<p>Исследование крови на наличие противодифтерийных антитоксических антител (пациентам, которым противодифтерийная сыворотка не вводилась). Эхокардиография. Исследование показателей гемостаза. Микроскопическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (<i>Corinebacterium diphtheriae</i>). Консультация врача-оториноларинголога; врача-невролога, врача-нефролога, врача-кардиолога</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М). 2. Сыворотка противодифтерийная очищенная концентрированная. 2.1. При локализованных формах дифтерии вводят по 10 000–20 000 МЕ (разовая доза) в/м; 2.2. При субтоксической форме дифтерии вводят 40 000–50 000 МЕ в/м; 2.3. При токсической форме дифтерии I ст вводят 50 000–70 000 МЕ в/м. 2.4. При токсической дифтерии II ст вводят 60 000–80 000 МЕ в/м. 2.5. При токсической дифтерии III ст и геморрагической форме вводят 100 000–120 000 МЕ в/м. 2.6. При отсутствии эффекта введение сыворотки повторяют через сутки; при токсических формах в течение первых двух суток сыворотку вводят повторно через 12 часов. 3. Антибактериальная терапия. 3.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 1млн ЕД в/м 6 раз/сут 7–10 дней. 3.2. Альтернативные ЛС: эритромицин 20–25 мг/кг в/в 2 раза/сут или кларитромицин 500 мг внутрь 2 раза/сут 7–14 дней. 4. Кортикостероиды (преднизолон 75–125 мг/сут в/в при обструкции ротоглотки, или инфекционно-токсическом шоке, или реакции на введение противодифтерийной сыворотки). 5. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут, или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут. 6. При наличии явлений дыхательной недостаточности, не купирующейся введением ЛС – трахеостомия.</p>

						7. Посиндромное лечение: коррекция синдрома интоксикации, нарушений гемостаза
48	Дифтерия гортани (А36.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ. ЭКГ. Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (<i>Corinebacterium diphtheriae</i>). Консультация врача-оториноларинголога	2 2 1 1 3 1	Исследование крови на наличие противодифтерийных антитоксических антител (пациентам, которым противодифтерийная сыворотка не вводилась). Эхокардиография. Исследование показателей гемостаза. Микроскопическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (<i>Corinebacterium diphtheriae</i>). Консультация врача-оториноларинголога; врача-нефролога, врача-кардиолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Сыворотка противодифтерийная очищенная концентрированная – 40 000–50 000 МЕ в/м однократно в день поступления. 3. Антибактериальная терапия. 3.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 1млн ЕД в/в или в/м 6 раз/сут 7–10 дней. 3.2. Альтернативные ЛС: эритромицин 20–25 мг/кг в/в 2 раза/сут или кларитромицин 500 мг внутрь 2 раза/сут 7–14 дней. 4. Кортикостероиды (преднизолон 75–125 мг/сут в/в при обструкции ротоглотки, или инфекционно-токсическом шоке, или реакции на введение противодифтерийной сыворотки). 5. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут, или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут. 6. При наличии явлений дыхательной недостаточности, не купирующейся введением ЛС – трахеостомия. 7. Посиндромное лечение: коррекция синдрома интоксикации, нарушений гемостаза
49	Редкие формы дифтерии (глаз, носа, половых органов, ран) (А36.3–8)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, СРБ. ЭКГ. Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин (носа, глаз, ран, половых органов в зависимости от локализации патологического процесса) на палочку дифтерии (<i>Corinebacterium diphtheriae</i>)	3 3 1 1 3	Исследование крови на наличие противодифтерийных антитоксических антител (пациентам, которым противодифтерийная сыворотка не вводилась). Микроскопическое исследование слизи и пленок с миндалин (носа, глаз, ран, половых органов в зависимости от локализации патологического процесса) на палочку дифтерии (<i>Corinebacterium diphtheriae</i>). Эхокардиография. Исследование показателей гемостаза. Консультация врача-оториноларинголога; врача-	1. Лечебное питание (диета М). 2. Сыворотка противодифтерийная очищенная концентрированная 10 000–20 000 МЕ в/м однократно. 3. Антибактериальная терапия. 3.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 1млн ЕД в/м 6 раз/сут 7–10 дней. 3.2. Альтернативные ЛС: эритромицин 20–25 мг/кг в/в 2 раза/сут или кларитромицин 500 мг внутрь 2 раза/сут 7–14 дней

					нефролога, врача-невролога, врача-кардиолога	
50	Менингококковый менингит (А39.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>). Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>). Бактериологическое исследование крови на стерильность. Бактериологическое исследование слизи с задней стенки глотки на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>). Рентгенография (обзорная) грудной полости. Рентгенография околоносовых пазух	2 2 2 1 1 3 3 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. ЭКГ. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на ДНК возбудителя. Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков. КТ головного мозга или МРТ головы. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия: 2.1. ЛС выбора: цефтриаксон 2000 мг в/в 2 раза/сут или цефотаксим 2000 мг в/в 6 раза/сут. 2.2. Альтернативные ЛС: бензилпенициллин 200 000–300 000 ЕД/кг/сут в/в (разделить на 6 введений) 7–10 дней или меропенем по 2000 мг в/в 3 раза/сут 7–10 дней. 3. Кортикостероиды: дексаметазон 0,15 мг/кг в/в 4 раза/сут 4 дня. 4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 5. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 6. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м
51	Синдром Уотерхауса-Фридериксена. Менингококковый адrenaловый синдром (А39.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ. Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>).	2 1 2 2 2 2 1 1	Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя. КТ головного мозга или МРТ головы. Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков	Лечение пациента осуществляют в отделении анестезиологии и реанимации больничной организации здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия: 2.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 200 000–300 000 ЕД/кг/сут в/в (разделить на 6 введений) 7–10 дней; 2.2. Альтернативные ЛС: цефтриаксон 2000 мг в/в 2 раза/сут, или цефотаксим 3000 мг в/в 4 раза/сут, или меропенем по 2000 мг в/в 3 раза/сут 7–10 дней. 3. Кортикостероиды: гидрокортизон 100 мг в/в каждые 6–8 часов, после стабилизации состояния – преднизолон 5–10 мг/сут или метилпреднизолон 4–8 мг/сут внутрь (до устранения надпочечниковой недостаточности)

			<p>Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>).</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Бактериологическое исследование слизи с задней стенки глотки на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>).</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>Рентгенография околоносовых пазух.</p> <p>Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-инфекциониста</p>	<p>1</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>		<p>4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, инфекционно-токсического шока.</p> <p>5. ИВЛ по медицинским показаниям</p>
52	Острая менингококкемия (A39.2)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (Na, K, Cl).</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости.</p> <p>Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>).</p> <p>Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>).</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Бактериологическое исследование слизи с задней стенки глотки на менингококк (<i>Neisseria meningitidis</i>).</p> <p>ЭКГ.</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p>	<p>Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя.</p> <p>КТ головного мозга или МРТ головы.</p> <p>Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Консультация врача-инфекциониста, врача-невролога, врача-офтальмолога</p>	<p>Лечение пациента осуществляют в отделении анестезиологии и реанимации больницы организации здравоохранения.</p> <p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия:</p> <p>2.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 200 000–300 000 ЕД/кг/сут в/в (разделить на 6 введений) 7–10 дней;</p> <p>2.2. Альтернативные ЛС: цефтриаксон 2000 мг в/в 2 раза/сут, или цефотаксим 3000 мг в/в 4 раза/сут, или меропенем по 2000 мг в/в 3 раза/сут 7–10 дней.</p> <p>3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, инфекционно-токсического шока.</p> <p>5. ИВЛ по медицинским показаниям</p>

			Рентгенография (обзорная) грудной полости.	1		
			Рентгенография околоносовых пазух	1		
53	Септицемия, вызванная <i>St. aureus</i> (A41.0). Септицемия, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i> (A41.3). Септицемия, вызванная анаэробами (A41.4). Септицемия, вызванная другими грамотрицательными микроорганизмами (A41.5). Кандидозная септицемия (B.37.7)	P; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Бактериологическое исследование крови на стерильность. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, амилазы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (Na, K, Cl). Исследование показателей гемостаза. Исследование параметров КОС крови. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. Микробиологическое исследование крови на грибы. ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Рентгенография околоносовых пазух	2 2 3 2 2 2 1 3 1 1 1	Рентгенография костей (в зависимости от локализации поражения). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). КТ головного мозга или МРТ головы. КТ органов брюшной полости. КТ органов грудной полости. Определение прокальцитонина в сыворотке крови. Эхокардиография. Бактериологическое исследование материала из очага поражения (отделяемого из раны, абсцесса, перитонеальной, перикардальной, плевральной, спинномозговой жидкости, мокроты, мочи) на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Определение антигена маннана и антител к маннану (маннан/антиманнан) в крови. Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя (<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>St. aureus</i>). Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков. Консультация врача-специалиста (в зависимости от локализации очага поражения)	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. При сепсисе, <i>St. aureus</i> : 2.1.1. вызванном метициллин-чувствительным <i>St. aureus</i> : цефалоспорины (цефазолин 2 г в/в 3–4 раза/сут или цефтриаксон 2 г в/в 2 раза/сут, или цефотаксим 2–3 г в/в 3–4 раза/сут) или карбапенемы (эртапенем 1 г в/в 1 раз/сут), или фторхинолоны (левофлоксацин 750 мг 1 раз/сут или моксифлоксацин 400 мг 1 раз/сут в/в). 2.1.2. вызванном метициллин-резистентным <i>St. aureus</i> : ванкомицин 15–20 мг/кг в/в 2 раза/сут, или тейкопланин 6 мг/кг в/в каждые 12 часов первые 3 введения, далее – 1 раз/сут или даптомицин 8–12 мг/кг в/в 1 раз/сут, линезолид 600 мг в/в 2 раза/сут. 2.2. При сепсисе, вызванном <i>Haemophilus influenzae</i> : цефалоспорины (цефтриаксон 2 г в/в 2 раза/сут или цефотаксим 2–3 г в/в 3–4 раза/сут) или фторхинолоны (левофлоксацин 750 мг в/в 1 раз/сут или моксифлоксацин 400 мг в/в 1 раз/сут). 2.3. При анаэробном сепсисе: производные нитроимидазола (метронидазол 500 мг в/в 3 раза/сут) или карбапенемы (эртапенем 1 г в/в 1 раз/сут). 2.4. При сепсисе, вызванном грамотрицательными микроорганизмами: цефалоспорины (цефтазидим 2 г в/в 3 раза/сут или цефепим 2 г в/в 2 раза/сут, или цефоперазон/сульбактам 1/1 г в/в 2 раза/сут), или фторхинолоны (ципрофлоксацин 750 мг в/в 2 раза/сут или левофлоксацин 750 мг в/в 1 раз/сут), или карбапенемы (имипенем/циластатин 500/500 мг в/в 3–4 раза/сут или меропенем 1 г в/в 3 раза/сут, или дорипином 500 мг в/в 3 раза/сут). 2.5. При подозрении на наличие полирезистентных грамотрицательных возбудителей назначают комбинацию одного из вышеперечисленных антибиотиков с колистином (первое введение 9 млн МЕ в/в, второе введение – через 24 часа 4 млн МЕ в/в, затем – каждые 12 часов по 4 млн МЕ в/в). 3. Противогрибковые ЛС назначают при кандидозной септицемии. Лечение продолжают не менее 14 дней после

						<p>получения отрицательного микробиологического исследования крови на грибы.</p> <p>3.1. Пациентам со стабильными показателями гемодинамики, которые не принимали ЛС группы азолов в предшествующие 90 дней, а также при септицемии, вызванной <i>C.parapsilosis</i> назначают флуконазол 400 мг в/в 1–2 раза/сут.</p> <p>3.2. Пациентам с нестабильными показателями гемодинамики без нейтропении либо пациентам, получавшим ЛС группы азолов в предшествующие 90 дней, назначают:</p> <p>каспофунгин 70 мг в/в 1-я доза, далее 50 мг в/в 1 раз/сут или анидулафунгин 200 мг 1-я доза, далее 100 мг 1 раз/сут в/в или амфотерицин В (липидный комплекс) 5 мг/кг/сут в/в, или вориконазол загрузочная доза 6 мг/кг в/в 2 раза/сут первые 24 часа, далее 4 мг/кг в/в 2 раза/сут в/в, или амфотерицин В 0,7–1 мг/кг/сут в/в.</p> <p>3.3. Пациентам с нейтропенией назначают:</p> <p>каспофунгин 70 мг в/в 1-я доза, далее 50 мг в/в 1 раз/сут или амфотерицин В (липидный комплекс) 5 мг/кг/сут в/в или амфотерицин В 0,7–1 мг/кг/сут в/в.</p> <p>4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, инфекционно-токсического шока.</p> <p>5. ИВЛ по медицинским показаниям</p>
54	Септицемия неуточненная. Септический шок (A41.9)	P; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, альбумина, амилазы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (Na, K, Cl).</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>Бактериологическое исследование крови на стерильность.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ.</p>	2 2 2 2 2 2 3 1	<p>Рентгенография костей (в зависимости от локализации поражения).</p> <p>КТ головного мозга или МРТ головы.</p> <p>КТ органов брюшной полости.</p> <p>КТ органов грудной полости.</p> <p>Определение прокальцитонина в сыворотке крови.</p> <p>Бактериологическое исследование материала из очага поражения (отделяемого из раны, абсцесса, перитонеальной, перикардальной, плевральной, спинномозговой жидкости, мокроты, мочи) на аэробные и</p>	<p>Лечение осуществляют в условиях отделения анестезиологии и реанимации районной, городской или областной организации здравоохранения.</p> <p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Антибактериальная терапия:</p> <p>меропенем 2,0 г в/в 3 раза/сут или имипенем/циластатин 1,0/1,0 г в/в 4 раза/сут, или дорипенем 500 мг в/в 3 раза/сут в комбинации с линезолидом 600 мг в/в 2 раза/сут или ванкомицином 15–20 мг/кг в/в 2 раза/сут, или тейкопланином 6 мг/кг в/в каждые 12 часов первые 3 введения, далее – 1 раз/сут с последующей коррекцией после получения результатов микробиологического исследования.</p> <p>3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, септического шока.</p> <p>4. ИВЛ по медицинским показаниям</p>

			Микробиологическое исследование крови на грибы. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Рентгенография околоносовых пазух. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Эхокардиография	1 1 1 1 1 1	факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Молекулярно-биологическое исследование крови на ДНК возбудителя (<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>St. aureus</i>). Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков. Консультация врача-специалиста (в зависимости от локализации очага поражения)	
55	Рожа (A46)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы	2 2 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, антистрептолизина О. ЭКГ. Исследование бета-лактамазной активности сыворотки крови при назначении бета-лактамов антибиотиков. Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора: бензилпенициллин 1 000 000 ЕД в/м 4–6 раза/сут 10 дней. 2.2. Альтернативные ЛС (10 дней): цефазолин 1 г в/м 3 раза/сут или цефотаксим 1 г 3 раза/сут, или цефтриаксон 1 г 2 раза/сут. 2.3. При непереносимости пенициллинов назначают макролиды (кларитромицин 500 мг 2 раза/сут в/м или в/в; азитромицин 500 мг внутрь однократно, затем 250 мг 1 раз/сут 4 дня; клиндамицин 600–900 мг 3 раза/сут в/м или в/в) 10 дней
56	Болезнь Лайма. Мигрирующая эритема, вызванная <i>Borrelia burgdorferi</i> (A69.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ. Определение антител к борелии Бургдорфера (<i>Borrelia burgdorferi</i>) в крови	1 1 1 1–2	Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, СРБ. Консультация врача-невролога, врача-дерматовенеролога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора: доксциклин 100 мг внутрь 2 раза/сут 14–21 день; 2.2. Альтернативные ЛС: полусинтетические пенициллины (амоксциллин 500 мг внутрь 3 раза/сут 14–21 день) или цефалоспорины (цефуроксим 500 мг внутрь 2 раза/сут 14–21 день), или макролиды (азитромицин 500 мг/сут внутрь 7–10 дней). Макролиды использовать только при полной невозможности применения ЛС, указанных выше

57	Острый нейроборрелиоз (A69.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ. Определение антител к борелии Бургдорфера (<i>Borrelia burgdorferi</i>) в крови. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Консультация врача-невролога	2 1 1 1-2 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, СРБ. Определение антител к борелии Бургдорфера (<i>Borrelia burgdorferi</i>) в спинномозговой жидкости. Консультация врача-офтальмолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия цефтриаксон 2 г в/в 1 раз/сут 21 день. При изолированном парезе лицевого нерва альтернативный ЛС – доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут 21 день
58	Болезнь Лайма (A69.2). Прочие поражения II–III ст. боррелиоза (опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и нервной системы) A69.2	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ. Определение антител к борелии Бургдорфера (<i>Borrelia burgdorferi</i>) в крови	2 2 1 1-2	Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, СРБ. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Консультация врача-невролога, врача-кардиолога, врача-ревматолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора: цефтриаксон 2 г в/в 1 раз/сут 14–28 дней. 2.2. При артрите – альтернативные ЛС: доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут или амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза/сут 30–60 дней
59	Сыпной тиф (A 75). Эпидемический вшивый тиф, вызываемый <i>Rickettsia prowazekii</i> (A75.0). Рецидивирующий тиф [болезнь Брилла] (A75.1). Тиф, вызываемый <i>Rickettsia typhi</i> (A75.2). Тиф, вызываемый <i>Rickettsia tsutsugamushi</i> (A75.3)	Р; Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ. Определение групповых антител к риккетсиям (<i>Rickettsia</i> spp.) в крови	2 2 1 1-2	Исследование показателей гемостаза. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия (7 дней). 2.1. ЛС выбора: доксициклин 100 мг внутрь 2 раза/сут. 2.2. Альтернативные ЛС: хлорамфеникол по 500 мг внутрь 4 раза/сут. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстраны. 4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
60	Лесное бешенство (A82.0). Городское бешенство (A82.1). Бешенство неуточненное (A82.9)	Р; Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ. Исследование показателей гемостаза.	1 1 1 1		1. Лечебное питание (диета М). 2. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, устранение психомоторного возбуждения

			ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Консультация врача-невролога, врача-хирурга	1 1 1		
61	Клещевой вирусный энцефалит (А84.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы. ЭКГ. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Определение антител к вирусу клещевого энцефалита в крови. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	1 1 1 1 2 1-2 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ. МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга). Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирус клещевого энцефалита. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус клещевого энцефалита	1. Лечебное питание (диета М). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 3. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 4. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 6. При тяжелой степени энцефалитической и миелитической формах назначают кортикостероиды: дексаметазон 0,15 мг/кг в/в 4 раза/сут 4 дня
62	Энтеровирусный менингит (А87.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (К, Na, Cl). Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Определение антител к энтеровирусам (Enterovirus) в крови. ЭКГ. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 1 2 2 1-2 1 1	МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга). Молекулярно-биологическое исследование кала на энтеровирусы. Молекулярно-биологическое исследование крови на энтеровирусы. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на энтеровирусы. Консультация врача-оториноларинголога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 3. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 4. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь

63	Аденовирусный менингит (А87.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к аденовирусу (Adenovirus) в крови.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога</p>	2 1 1 2 1-2 1 1	<p>МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга).</p> <p>Обнаружение аденовируса (Adenovirus) в слези из носоглотки методом ИХА.</p> <p>Обнаружение аденовируса (Adenovirus) в отделяемом из конъюнктивы методом ИХА.</p> <p>Консультация врача-оториноларинголога</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран.</p> <p>3. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно.</p> <p>4. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м.</p> <p>5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь</p>
64	Лимфоцитарный хориоменингит. Лимфоцитарный менингоэнцефалит (А87.2)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости.</p> <p>Определение антител к вирусу лимфоцитарного хориоменингита (Lymphocitic choriomeningitidis) в крови.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога</p>	2 1 1-2 2 1-2 1 1	<p>МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга).</p> <p>Консультация врача-оториноларинголога.</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран.</p> <p>3. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно.</p> <p>4. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м.</p> <p>5. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь</p>
65	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (А98.5)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, альбумина, общего белка, электролитов (К, Na, Cl).</p>	2 2 2	Консультация врача-нефролога	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Рибавирин 30 мг/кг внутрь – начальная доза, затем 15 мг/кг 4 раза/сут в течение 4 дней, затем 7,5 мг/кг 1 раз/сут 6 дней (при тяжелом течении заболевания).</p> <p>3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, почечной недостаточности</p>

			Исследование показателей гемостаза. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). УЗИ почек. Определение антител к вирусу геморрагической лихорадки с почечным синдромом в крови	1 1 1 1–2		
66	Герпетическая экзема (B00.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи	1–2 1	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). Молекулярно-биологическое исследование содержимого везикул на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ	Госпитализацию и лечение пациента осуществляют в инфекционном (дерматологическом) отделении районных, городских или областных больничных организаций здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 400 мг внутрь 5 раз/сут 5 дней или валацикловир 2 г внутрь 2 раза/сут 1 день. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов
67	Герпетический везикулярный дерматит (B00.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи	1–2 1	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). Молекулярно-биологическое исследование содержимого везикул на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. Консультация врача-дерматовенеролога	Госпитализацию и лечение пациента осуществляют в инфекционном (дерматологическом) отделении районных, городских или областных больничных организаций здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 400 мг внутрь 5 раз/сут 5 дней или валацикловир 2 г внутрь 2 раза/сут 1 день. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
68	Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит (B00.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи	2 1	Молекулярно-биологическое исследование слюны на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу	Госпитализацию и лечение пациента осуществляют в инфекционном (оториноларингологическом, стоматологическом) отделении районных, городских или областных больничных организаций здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия:

					простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. Консультация врача-стоматолога, врача-оториноларинголога	ацикловир 400 мг внутрь 5 раз/сут 5 дней или валацикловир 2 г внутрь 2 раза/сут 1 день. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
69	Герпетический менингит (B00.3)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (К, Na, Cl). Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). ЭКГ. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 2 2 2 2 1 1	МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга). Исследование спинномозговой жидкости на наличие антигена вируса простого герпеса (ВПГ). Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ.	1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: валацикловир 1000 мг внутрь 3 раза/сут или ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 10–14 дней. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 4. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 5. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
70	Герпетический энцефалит (B00.4)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). ЭКГ. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 2 2 1–2 1 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (К, Na, Cl). МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга). Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. Эхоэнцефалография	1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 14–21 день. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 4. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 5. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м;

						<p>метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 7. Кортикостероиды: дексаметазон 0,15 мг/сут в/в 4 раза/сут 4 дня</p>
71	Герпетическая болезнь глаз (B00.5)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи</p>	<p>2 1</p>	<p>Исследование слезы на наличие антигена вируса простого герпеса (ВПГ). Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus 1, 2) в крови. Молекулярно-биологическое исследование отделяемого конъюнктивы на вирус простого герпеса (Herpes simplex virus). Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ</p>	<p>Госпитализацию и лечение пациента осуществляют в офтальмологическом отделении районных, городских или областных больничных организаций здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 400 мг внутрь 5 раз/сут 14 дней 3. Противовирусные ЛС для местного лечения (глазные мази): ацикловир 3 % (глазная мазь) 2–4 раза/сут 10–14 дней или ганцикловир 0,15 % (гель глазной) 5 раз/сут 7 дней, затем 3 раза/сут до 21 дня</p>
72	Диссеминированная герпетическая инфекция (B00.7)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, СРБ, электролитов (К, Na, Cl). Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирусы простого герпеса 1, 2 (Herpes simplex virus). Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. Исследование показателей гемостаза. ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>2 2 2 1–2 1–2 1 1 1 1</p>	<p>Исследование спинномозговой жидкости на наличие антигена вируса простого герпеса (ВПГ). МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга)</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 14–21 день. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 4. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, устранение лихорадки</p>
73	Опоясывающий лишай (herpes zoster) (B02)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ.</p>	<p>2 1 1</p>	<p>Молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия (7 дней): ацикловир 800 мг внутрь 5 раз/сут или валацикловир 1 г внутрь 3 раз/сут.</p>

			Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ	1	высыпаний на вирус Varicella zoster virus. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к Varicella zoster virus в крови	3. Местное лечение: 1 % раствор бриллиантового зеленого (обрабатывать поврежденные участки кожи 2 раза/сут)
74	Опоясывающий лишай с энцефалитом (B02.0)	P; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. ЭКГ. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 2 2	Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирус Varicella Zoster. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Varicella Zoster. МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга). Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к Varicella zoster virus в крови	1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 7–14 дней. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 4. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 5. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
75	Опоясывающий лишай с другими осложнениями со стороны нервной системы (B02.2)	P; Г; О.	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. ЭКГ. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 2 1 1 1 1	Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирус Varicella Zoster. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Varicella Zoster. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к Varicella zoster virus в крови. МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга)	1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 7–14 дней. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 4. Устранение болевого синдрома. 4.1. Опиоидные анальгетики (трамадол 50 мг внутрь 3–4 раза/сут, или трансдермальная терапевтическая система с фентанилом с индивидуальным подбором дозы). 4.2. Противосудорожное средство (карбамазепин 100–200 мг внутрь 2 раза/сут) в сочетании с антидепрессантом (амитриптилин 25 мг внутрь 2 раза/сут). 4.3. Противосудорожные средства (габапентин или прегабалин с индивидуальным подбором эффективной дозы). 5. Местное лечение: 1 % раствор бриллиантового зеленого (обрабатывать поврежденные участки кожи 2 раза/сут)
76		P; Г;	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	2	Молекулярно-биологическое исследование везикулярной	Госпитализацию и лечение пациента осуществляют в офтальмологическом (инфекционном) отделении

	Опоясывающий лишай с глазными осложнениями (B02.3)	О	Общий анализ мочи. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ	1 1	жидкости, соскобов с высыпаний на вирус Varicella zoster virus. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к Varicella zoster virus в крови. Консультация врача-дерматовенеролога, врача-невролога	районных, городских или областных больничных организаций здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 7–14 дней. 3. Противовирусные ЛС для местного лечения (глазные мази): ацикловир 3 % (глазная мазь) 2–4 раза/сут 10–14 дней или ганцикловир 0,15 % (гель глазной) 5 раз/сут 7 дней, затем 3 раза/сут до 21 дня. 4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 5. Устранение болевого синдрома. Опиоидные анальгетики (трамадол 50 мг внутрь 3–4 раза/сут). 6. Антигистаминные ЛС внутрь (лоратадин 10 мг 1 раз/сут или клемастин 1 мг 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг 2 раза/сут)
77	Диссеминированный опоясывающий лишай (B02.7)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. Консультация врача-дерматовенеролога, врача-невролога	2 1 1 1 1	Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирус Varicella Zoster. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Varicella Zoster. Молекулярно-биологическое исследование везикулярной жидкости, соскобов с высыпаний на вирус Varicella zoster virus. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к Varicella zoster virus в крови. МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга)	1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 7–14 дней. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 4. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 5. Устранение болевого синдрома. Опиоидные анальгетики (трамадол 50 мг внутрь 3–4 раза/сут)
78	Острый гепатит А (B15)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ.	1 1 2	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амилазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl).	1. Лечебное питание (диета П). 2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера. 3. Гепатопротекторы.

			<p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови</p>	<p>1–2 УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>1–2 Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus).</p> <p>Консультация врача-трансплантолога</p>	<p>3.1. При наличии синдрома холестаза: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь.</p> <p>3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза:</p> <p>эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут;</p> <p>силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут.</p> <p>4. При тяжелом течении с развитием печеночной комы – консультация врача-трансплантолога</p>
79	Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы (B16.9)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного</p>	<p>1 Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина,</p> <p>1 амилазы, АСТ, ЩФ, ГГТП,</p> <p>2 мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>1–2 Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови.</p> <p>1 Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови.</p> <p>1–2</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы;</p> <p>0,9 % раствор натрия хлорида;</p> <p>раствор Рингера</p> <p>3. Гепатопротекторы.</p> <p>3.1. При наличии синдрома холестаза: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь.</p> <p>3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза:</p> <p>эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут;</p> <p>силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут.</p> <p>4. Противовирусное лечение (при фульминантном, тяжелом или затяжном течении острого гепатита В)</p>

			<p>гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ</p>	<p>1 Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus).</p> <p>1 Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит D (Hepatitis D virus).</p> <p>1 Консультация врача-трансплантолога</p>	<p>назначают в стационарных условиях с последующим длительным приемом амбулаторно: аналоги нуклеоз(т)идов (ламивудин 100 мг/сут внутрь или тенофовир 300 мг внутрь 1 раз/сут).</p> <p>5. При тяжелом течении с развитием печеночной комы – консультация врача-трансплантолога</p>
80	Острый гепатит В с дельта-антигеном без печеночной комы (коинфекция) (B16.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ</p>	<p>1 Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амилазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>1–2 Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови.</p> <p>1 Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови.</p> <p>1–2 Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus).</p> <p>1 Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит D (Hepatitis D virus).</p> <p>1 Консультация врача-трансплантолога</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера</p> <p>3. Гепатопротекторы.</p> <p>3.1. При наличии синдрома холестаза: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь.</p> <p>3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут.</p> <p>4. Противовирусное лечение (при фульминантном, тяжелом или затяжном течении острого гепатита В) назначают в стационарных условиях с последующим длительным приемом амбулаторно: аналоги нуклеоз(т)идов (ламивудин 100 мг/сут внутрь или тенофовир 300 мг внутрь 1 раз/сут).</p> <p>5. При тяжелом течении с развитием печеночной комы – консультация врача-трансплантолога</p>
81	Острый гепатит С (B17.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p>	<p>1 Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина,</p> <p>1</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы;</p>

			<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ</p>	<p>2</p> <p>1–2</p> <p>1–2</p> <p>1</p>	<p>амилазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови.</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антигена к вирусу гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbeAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus).</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на генотип вируса гепатита С.</p> <p>Консультация врача-трансплантолога</p>	<p>0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера.</p> <p>3. Гепатопротекторы.</p> <p>3.1. При наличии синдрома холестаза: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь.</p> <p>3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут.</p> <p>4. При затяжном течении (определяемой РНК вируса гепатита С в крови через 12 недель после дебюта) заболевания назначают противовирусное лечение с последующим приемом амбулаторно: софосбувир/ледипасвир 400/90 мг внутрь 1 раз/сут (генотип 1) или омбитасвир/паритапревир/ритонавир 12,5/75/50 мг (2 таб утром) в сочетании с дасабувиром 250 мг внутрь по 1 таб 2 раза/сут (утром и вечером) (генотип 1b), или софосбувир/велпатасвир 400/100 мг внутрь 1 таб 1 раз/сут (все генотипы) – длительностью 8 недель; софосбувир 400 мг в сочетании с даклатасвиром 60 мг внутрь по 1 таб 1 раз/сут одновременно в один прием (все генотипы) – длительностью 12 недель</p> <p>5. При тяжелом течении с развитием печеночной комы – консультация врача-трансплантолога</p>
82	Острый гепатит E (B17.2)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1–2</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амилазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера.</p> <p>3. Гепатопротекторы.</p> <p>3.1. При наличии синдрома холестаза: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или</p>

			<p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита E (Hepatitis E virus) в крови</p>	<p>1–2</p>	<p>Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови. Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HbcAg Hepatitis B virus) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит С (Hepatitis C virus). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus). Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ. Консультация врача-трансплантолога</p>	<p>адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь. 3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут. 4. При тяжелом течении с развитием печеночной комы – консультация врача-трансплантолога</p>
83	<p>Эпидемический паротит (B26). Паротитный орхит (B26.0)</p>	<p>Р; Г; О</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Определение альфа-амилазы в моче. Консультация врача-стоматолога</p>	<p>1 1 1 1</p>	<p>ЭКГ. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, амилазы</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М). 2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 3. Полоскание полости рта 2 % раствором натрия гидрокарбоната. 4. Местно – сухое тепло</p>
84	<p>Цитомегаловирусная пневмония (B25.0)</p>	<p>Р; Г; О</p>	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови. ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ</p>	<p>2 2 1–2 1 2 1</p>	<p>Биохимическое исследование крови с определением уровня глюкозы, электролитов (К, Na, Cl). Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus). Цитологическое исследование лаважной жидкости</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М). 2. Противовирусная терапия: ганцикловир 5 мг/кг в/в 2 раза/сут с последующим переходом на валганцикловир 900 мг внутрь 2 раза/сут 3–6 недель. 3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности. 4. В случае развития цитомегаловирусной пневмонии на фоне приема пациентом ЛС, вызывающих иммунодепрессию, последние, по возможности, отменить</p>

85	Цитомегаловирусный гепатит (B25.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	2 1 2 1 1-2 1 1 1	<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амилазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Биопсия печени под контролем ультразвукового исследования.</p> <p>КТ органов брюшной полости.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Противовирусная терапия: ганцикловир 5 мг/кг в/в 2 раза/сут или валганцикловир 900 мг внутрь 2 раза/сут 3–6 недель.</p> <p>3. Гепатопротекторы.</p> <p>3.1. При наличии синдрома холестаза: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь.</p> <p>3.2. При затяжном течении заболевания и (или) наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут</p>
86	Цитомегаловирусный панкреатит (B25.2)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня амилазы.</p> <p>Определение альфа-амилазы в моче.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	1 1 2 2 1-2 1 1-2	<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, АСТ, АЛТ, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>КТ органов брюшной полости.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Противовирусная терапия: ганцикловир 5 мг/кг в/в 2 раза/сут или валганцикловир 900 мг внутрь 2 раза/сут 3–6 недель.</p> <p>3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации</p>
87	Цитомегаловирусный мононуклеоз (B27.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амилазы, АСТ.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	2 1 2 1-2 1 1	<p>Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus).</p> <p>Консультация врача-онколога, врача-гематолога</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>3. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут.</p> <p>4. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран</p>

88	Инфекционный мононуклеоз (B27)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна – Барра (Epstein – Barr virus) в крови. Комплекс исследований при подозрении на ВИЧ	2 1 2 1–2 1	Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, АСТ, мочевины, креатинина, ЩФ, ГГТП. Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна – Барра VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови. Определение антител к ранним белкам вируса Эпштейна – Барра EA (IgG) (диагностика острой инфекции) в крови. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна – Барра (Epstein – Barr virus). УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	1. Лечебное питание (диета М). 2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 3. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут. 4. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 5. Гепатопротекторы. При поражении печени: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь
89	Другие вирусные инфекции неуточненной локализации (B34.8)	Р; Г; О.	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ	1 1 1	Рентгенография (обзорная) грудной полости	1. Лечебное питание (диета М). 2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
90	Малярия, вызванная Plasmodium falciparum (хлорохин-чувствительная) (B50)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium) (по 5 стекол-микропрепаратов). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium) (по 5 стекол-микропрепаратов). ЭКГ.	2 2 2 до 8 до 8 2	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Обнаружение свободного гемоглобина в моче	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: хлорохин фосфат ² (1000 мг соли (600 мг основания) внутрь однократно, далее – 500 мг соли (300 мг основания) внутрь через 6 часов от первого приема, затем 500 мг соли (300 мг основания) в течение двух последующих суток; общая доза – 2500 мг соли (1500 мг основания)) или гидроксихлорохин (800 мг внутрь однократно, далее – 400 мг внутрь через 6 часов от первого приема, затем 400 мг внутрь в течение двух последующих суток; общая доза 2000 мг). 3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности

			Рентгенография (обзорная) грудной полости	1		
91	Малярия, вызванная <i>Plasmodium falciparum</i> (хлорохин-резистентная или неизвестной резистентности) (B50)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (<i>Plasmodium</i>) (по 5 стекол-микропрепаратов). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (<i>Plasmodium</i>) (по 5 стекол-микропрепаратов). ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	2 2 2 до 8 до 8 2 1	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Обнаружение свободного гемоглобина в моче	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение (назначают одну из предложенных схем): 2.1. хинин 650 мг (соль) внутрь 3 раза/сут 7 дней в комбинации с доксициклином 100 мг внутрь 2 раза/сут 7 дней или клиндамицином (20 мг/кг/сут внутрь, разделить на 3 приема) 5 дней. При развитии малярийной комы стартовая доза хинина – 20 мг/кг в 0,9 % раствора натрия хлорида (из расчета 10 мл/кг) в/в капельно в течение 4 часов, затем через 8 часов после стартовой дозы переход к поддерживающей (10 мг/кг в/в в течение 4-х часов, далее повторно каждые 8 часов, пока пациент не сможет принимать хинин внутрь). 2.2. артемизинин/люмефантрин ² 4 таблетки (1 таблетка содержит 20 мг артемизинина и 120 мг люмефантринина; общая доза 80/480 мг) первый прием, затем 4 таблетки (1 таблетка содержит 20 мг артемизинина и 120 мг люмефантринина; общая доза 80/480 мг) через 8 часов, затем по 4 таблетки (1 таблетка содержит 20 мг артемизинина и 120 мг люмефантринина; общая доза 80/480 мг) каждые 12 часов в течение 3-х дней (всего курс 24 таблетки)
92	Малярия, вызванная <i>Plasmodium vivax</i> (B51). Малярия, вызванная <i>Plasmodium vivax</i> , без осложнений (B51.9)	Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (<i>Plasmodium</i>) (по 5 стекол-микропрепаратов). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (<i>Plasmodium</i>) (по 5 стекол-микропрепаратов). ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	2 2 2 до 8 1 до 8 2 1	УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: хлорохин фосфат ² (1000 мг соли (600 мг основания) внутрь однократно, далее – 500 мг соли (300 мг основания) внутрь через 6 часов от первого приема, затем 500 мг соли (300 мг основания) в течение двух последующих суток; общая доза – 2500 мг соли (1500 мг основания)) или гидроксихлорохин (800 мг внутрь однократно, далее – 400 мг внутрь через 6 часов от первого приема, затем 400 мг внутрь в течение двух последующих суток; общая доза 2000 мг). 2.2. Медикаментозная профилактика отдаленных рецидивов: примахин фосфат ² 15 мг (основание) внутрь 1 раз/сут 14 дней
93	Малярия, вызванная <i>Plasmodium vivax</i> ,	Р; Г; О;	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи.	2 2	Диагностическая лапароскопия	Лечение осуществляют в условиях хирургического отделения районной, городской или областной организации здравоохранения.

	осложненная разрывом селезенки (B51.0)	Респ	<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины, железа, электролитов (K, Na, Cl).</p> <p>Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium) (по 5 стекол-микропрепаратов).</p> <p>Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium) (по 5 стекол-микропрепаратов).</p> <p>ЭКГ.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>Консультация врача-инфекциониста</p>	<p>2</p> <p>до 8</p> <p>до 8</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>		<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Хирургическое лечение.</p> <p>3. Этиотропное лечение:</p> <p>3.1. хлорохин фосфат² (1000 мг соли (600 мг основания) внутрь однократно, далее – 500 мг соли (300 мг основания) внутрь через 6 часов от первого приема, затем 500 мг соли (300 мг основания) в течение двух последующих суток; общая доза – 2500 мг соли (1500 мг основания)) или</p> <p>3.2. гидроксихлорохин (800 мг внутрь однократно, далее – 400 мг внутрь через 6 часов от первого приема, затем 400 мг внутрь в течение двух последующих суток; общая доза 2000 мг).</p> <p>3.3. Медикаментозная профилактика отдаленных рецидивов: примахин фосфат² 15 мг (основание) внутрь 1 раз/сут 14 дней</p>
94	Малярия, вызванная Plasmodium vivax, с другими осложнениями (B51.8)	Г; О; Респ	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины, железа, электролитов (K, Na, Cl).</p> <p>Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium) (по 5 стекол-микропрепаратов).</p> <p>Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium) (по 5 стекол-микропрепаратов).</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>Консультация врача-специалиста (в зависимости от локализации очага поражения)</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>до 8</p> <p>до 8</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Этиотропное лечение: хлорохин фосфат² (1000 мг соли (600 мг основания) внутрь однократно, далее – 500 мг соли (300 мг основания) внутрь через 6 часов от первого приема, затем 500 мг соли (300 мг основания) в течение двух последующих суток; общая доза – 2500 мг соли (1500 мг основания)) или гидроксихлорохин (800 мг внутрь однократно, далее – 400 мг внутрь через 6 часов от первого приема, затем 400 мг внутрь в течение двух последующих суток; общая доза 2000 мг).</p> <p>Медикаментозная профилактика отдаленных рецидивов: примахин фосфат² 15 мг (основание) внутрь 1 раз/сут 14 дней</p>
95	Токсоплазмоз (B58)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы,</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	МРТ головного мозга с контрастированием или КТ головы с контрастированием.	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Этиотропное лечение (назначают только иммунокомпрометированным пациентам, продолжительность лечения 4 недели, при замедленной динамике до 6 недель):</p>

			<p>билирубина, АЛТ, мочевины, креатинина.</p> <p>Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>1–2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>).</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>).</p> <p>Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога</p>	<p>сульфаметоксазол/триметоприм 10 мг/кг по триметоприму, в 2–3 приема внутрь или в 2–3 введения в/в.</p> <p>3. При остром токсоплазмозе, возникшем во время беременности, для профилактики инфицирования плода назначают:</p> <p>спирамицин 3 млн МЕ внутрь 3 раза/сут до родов (чередовать две недели приема с двумя неделями перерыва)</p>
96	Токсоплазмозный гепатит (B58.1)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина общего, билирубина связанного, АЛТ.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. ЭКГ.</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное)</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1–2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение уровня общего белка, альбумина, амилазы, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>)</p>	<p>1. Лечебное питание (диета П).</p> <p>2. Этиотропное лечение (назначают только иммунокомпрометированным пациентам, продолжительность лечения 4 недели, при замедленной динамике до 6 недель):</p> <p>сульфаметоксазол/триметоприм 10 мг/кг по триметоприму, в 2–3 приема внутрь или в 2–3 введения в/в.</p> <p>3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; раствор Рингера.</p> <p>4. Гепатопротекторы.</p> <p>4.1. При наличии синдрома холестаза: урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут внутрь 2–3 раза/сут или адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м 2 нед, затем 10–25 мг/кг/сут внутрь.</p> <p>4.2. При наличии жирового гепатоза: эссенциальные фосфолипиды по 1–2 капсулы внутрь 3 раза/сут; силимарин 35 мг внутрь 3 раза/сут</p>
97	Токсоплазмозный менингоэнцефалит (B58.2)	Р; Г; О	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины, электролитов (К, Na, Cl).</p> <p>Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови.</p> <p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. ЭКГ.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1–2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>Рентгенография (обзорная) грудной полости.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>)</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Этиотропное лечение (продолжительность лечения 4 недели, при замедленной динамике до 6 недель):</p> <p>сульфаметоксазол/триметоприм 10 мг/кг по триметоприму, в 2–3 приема внутрь или в 2–3 введения в/в.</p> <p>3. Пациентам с уровнем сознания 8 и менее баллов при оценке по шкале комы Глазго осуществляют ИВЛ.</p> <p>4. При клинических и нейровизуализационных признаках нарастающего отека мозга, при угрозе развития дислокационного синдрома назначают дексаметазон 4–8 мг в/м или в/в 3–4 раза/сут 1–3 дня.</p>

			МРТ ¹ головного мозга с контрастированием или КТ ¹ головы с контрастированием. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	1 1 1		5. Купирование судорожного синдрома или эпилептического статуса
98	Легочный токсоплазмоз (B58.3)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины. Определение антител к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови. Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. ЭКГ. Рентгенография (обзорная) грудной полости	2 1 2 1-2 1 1 2	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>). Бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) (трижды). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). КТ органов грудной полости. Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение (назначают только иммунокомпрометированным пациентам, продолжительность лечения 4 недели, при замедленной динамике до 6 недель): сульфаметоксазол/триметоприм 10 мг/кг по триметоприму, в 2-3 приема внутрь или в 2-3 введения в/в. 3. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
99	Пневмоцистоз (B59)	Р; Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Анализ мочи общий. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, мочевины, ЛДГ. Исследование параметров КОС крови. Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. Бактериологическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) (трижды). Микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) трехкратно.	2 1 2 1 1 3 3	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Бронхоскопия. Микробиологическое исследование лаважной жидкости на цисты пневмоциста (<i>Pneumocystis carinii</i>). Бактериологическое исследование бронхоальвеолярной жидкости на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>). Бактериологическое исследование лаважной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. Хpert MBT/RIF мокроты. Консультация врача-пульмонолога, врача анестезиолога-реаниматолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение (продолжительность – 21 день): сульфаметоксазол/триметоприм 15-20 мг/кг по триметоприму в 3-4 введения в/в, или в 3-4 приема внутрь; 3. При рО ₂ менее 70 мм рт ст преднизолон внутрь 40 мг 2 раза/сут 5 дней, затем 40 мг/сут 5 дней и 20 мг/сут 11 дней с последующей одномоментной отменой (при необходимости парентерального введения преднизолон может быть заменен на метилпреднизолон в эквивалентной дозе). Лечение преднизолоном (метилпреднизолоном) начинают не позднее 72 часов после начала этиотропной терапии

			Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. Пульсоксиметрия. Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ	1 2 2 1		
100	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma haematobium</i> [мочеполовой шистосомоз] (B65.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, общего белка, альбуминов, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). Подсчет количества форменных элементов в моче методом Нечипоренко. Определение концентрационной способности почек по Зимницкому. Микроскопическое исследование осадка мочи на яйца шистосом (<i>Schistosoma haematobium</i>). Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). ЭКГ. Консультация врача-инфекциониста, врача акушера-гинеколога, врача-уролога	2 3 2 2 2 5 1 1 1 1	Цистоскопия. Биопсия мочевого пузыря. Морфологическое исследование препарата тканей мочевого пузыря. Внутривенная урография. Кольпоскопия. Бактериологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. Рентгенография почек. Консультация врача-дерматовенеролога	Лечение осуществляют в условиях урологического отделения районной, городской или областной организации здравоохранения. 1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: празиквантел ² 40 мг/кг внутрь (во время еды) 2 раза с интервалом в 4 часа. 3. При развитии осложнений – хирургическое лечение в специализированном (хирургическом) отделении больничной организации здравоохранения областного уровня
101	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma mansoni</i> [кишечный шистосомоз] (B65.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, общего белка, альбуминов, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl). Исследование кала на скрытую кровь. Микроскопическое исследование кала на яйца шистосом. УЗИ органов брюшной полости (комплексное).	2 1 2 3 5 1	Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ. Толстокишечная эндоскопия. Биопсия стенки кишки эндоскопическая. Морфологическое исследование препарата тканей толстой кишки (яйца шистосом). Консультация врача-невролога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: Празиквантел ² 40 мг/кг внутрь (во время еды) 2 раза с интервалом в 4 часа. 3. При развитии осложнений – хирургическое лечение в специализированном (хирургическом) отделении больничной организации здравоохранения областного уровня

			Ректороманоскопия.	2		
			Рентгенография (обзорная) грудной полости.	1		
			Копрологическое исследование	2		
102	Шистосомоз, вызванный <i>Schistosoma japonicum</i> . Азиатский шистосомоз (B65.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	2	МРТ головы.	1. Лечебное питание (диета М).
			Общий анализ мочи.	1	Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ.	2. Этиотропное лечение: празиквантел ² 60 мг/кг/сут внутрь каждые 4 часа (во время еды), разделенной на три приема.
			Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, общего белка, альбуминов, мочевины, креатинина, электролитов (К, Na, Cl).	2	Толстокишечная эндоскопия.	3. При развитии осложнений – хирургическое лечение в специализированном (хирургическом) отделении больничной организации здравоохранения областного уровня
			Исследование кала на скрытую кровь.	3	Биопсия стенки кишки эндоскопическая.	
			Микроскопическое исследование кала на яйца шистосом (<i>Schistosoma spp.</i>).	5	Морфологическое исследование препарата тканей толстой кишки (яйца шистосом). Консультация врача-невролога	
			УЗИ органов брюшной полости (комплексное).	2		
			Ректороманоскопия.	2		
			Рентгенография (обзорная) грудной полости.	1		
			Копрологическое исследование	2		
103	Другие шистосомозы. Инвазия, вызванная <i>Schistosoma intercalatum</i> , <i>Schistosoma mekongi</i> (B65.8)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	2	Бактериологическое исследование кала (или мазка из прямой кишки) на ПКФ.	1. Лечебное питание (диета М).
			Общий анализ мочи.	1	Толстокишечная эндоскопия.	2. Этиотропное лечение: Празиквантел ² 40 мг/кг внутрь (во время еды) 2 раза с интервалом в 4 часа.
			Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, общего белка, альбуминов, мочевины, креатинина, железа, электролитов (К, Na, Cl).	2	Биопсия стенки кишки эндоскопическая.	3. При развитии осложнений – хирургическое лечение в специализированном (хирургическом) отделении больничной организации здравоохранения областного уровня
			Исследование кала на скрытую кровь.	3	Морфологическое исследование препарата тканей толстой кишки (яйца шистосом).	
			Микроскопическое исследование кала на яйца шистосом (<i>Schistosoma spp.</i>).	5	Копрологическое исследование.	
			УЗИ органов брюшной полости (комплексное).	2	Консультация врача-невролога	
			Ректороманоскопия.	1		
			Рентгенография (обзорная) грудной полости	1		
104	Описторхоз.	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	2	Определение антител к возбудителю описторхоза (<i>Opisthorchis felinus</i>) в крови.	1. Лечебное питание (диета М).
			Общий анализ мочи.	1		2. Этиотропное лечение: 2.1. ЛС выбора

	Инвазия, вызванная: <i>Opisthorchis (felineus), (viverrini)</i> (B66.0)		Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, общего белка, альбуминов, мочевины, креатинина, ЩФ, амилазы. Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов. УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	3 3 1	Холангиография. Микроскопическое исследование желчи на или содержимого 12-перстной кишки на яйца гельминтов. Консультация врача-онколога	Празиквантел ² 75 мг/кг/сут внутрь однократно, разделив дозу на 3 приема в течение 2 дней 2.2. альтернативные ЛС: албендазол 10 мг/кг/сут внутрь 1 раз/сут в течение 7 суток
105	Инвазия печени, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> (B67.0)	Р; Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. КТ органов брюшной полости. Консультация врача-инфекциониста, врача-хирурга	3 1 2 2 1 1 1	Определение антител класса G (IgG) к эхинококку однокамерному в крови. КТ головного мозга	1. Лечебное питание (диета П). 2. Хирургическое лечение осуществляют в хирургическом отделении республиканских организаций здравоохранения. 3. Противорецидивное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) за 1 неделю до хирургического вмешательства и 1–5 месяцев после вмешательства непрерывно. 4. В неоперабельных случаях – медикаментозное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) 3–12 месяцев без перерывов
106	Инвазия легкого, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> (B67.1)	Р; Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. КТ органов грудной полости. Консультация врача-инфекциониста	3 1 2 2 1 1	Определение антител класса G (IgG) к эхинококку однокамерному в крови КТ органов брюшной полости	1. Лечебное питание (диета М). 2. Хирургическое лечение осуществляют в хирургическом отделении республиканских организаций здравоохранения. 3. Противорецидивное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) за 1 неделю до хирургического вмешательства и 1–5 месяцев после вмешательства непрерывно
107	Инвазия кости, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> (B67.2)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, ЩФ. Рентгенография (обзорная) грудной полости.	2 1 2 1	Определение антител класса G (IgG) к эхинококку однокамерному в крови. КТ органов грудной полости. КТ органов брюшной полости. КТ черепа. КТ костей пораженной области	1. Лечебное питание (диета М). 2. Хирургическое лечение осуществляют в хирургическом отделении республиканских организаций здравоохранения. 3. Противорецидивное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) за 1 неделю до хирургического вмешательства и 1–5 месяцев после вмешательства непрерывно.

			УЗИ органов брюшной полости (комплексное).	1		4. В неоперабельных случаях – медикаментозное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) 3–12 месяцев без перерывов
			Рентгенография костей пораженной области.	2		
			Консультация врача-инфекциониста	1		
108	Инвазия другой локализации и множественный эхинококкоз, вызванный <i>Echinococcus granulosus</i> (B67.3)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	2	Определение антител класса G (IgG) к эхинококку однокамерному в крови. КТ органов грудной полости. КТ органов брюшной полости. КТ черепа. КТ органов малого таза. КТ щитовидной железы. КТ предстательной железы. Консультация врача акушера-гинеколога, врача-уролога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Хирургическое лечение осуществляют в хирургическом отделении республиканских организаций здравоохранения. 3. Противорецидивное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) за 1 неделю до хирургического вмешательства и 1–5 месяцев после вмешательства непрерывно. 4. В неоперабельных случаях – медикаментозное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) 3–12 месяцев без перерывов
			Общий анализ мочи.	1		
			Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, ЩФ.	2		
			Рентгенография (обзорная) грудной полости.	1		
			УЗИ органов брюшной полости (комплексное).	1		
			УЗИ органов малого таза.	1		
			УЗИ щитовидной железы.	1		
			УЗИ предстательной железы.	1		
			Консультация врача-инфекциониста	1		
109	Инвазия, вызванная <i>Echinococcus granulosus</i> , неуточненная (B67.4)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	2	Определение антител класса G (IgG) к эхинококку однокамерному в крови. КТ органов грудной полости, органов брюшной полости, черепа, органов малого таза, щитовидной железы, предстательной железы. Консультация врача акушера-гинеколога, врача-уролога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Хирургическое лечение осуществляют в хирургическом отделении республиканских организаций здравоохранения. 3. Противорецидивное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) за 1 неделю до хирургического вмешательства и 1–5 месяцев после вмешательства непрерывно. 4. В неоперабельных случаях – медикаментозное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) 3–12 месяцев без перерывов
			Общий анализ мочи.	1		
			Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, ЩФ.	2		
			Рентгенография (обзорная) грудной полости.	1		
			УЗИ органов брюшной полости (комплексное).	1		
			УЗИ органов малого таза.	1		
			УЗИ щитовидной железы.	1		
			УЗИ предстательной железы.	1		
			Консультация врача-инфекциониста	1		
110	Инвазия печени, вызванная <i>Echinococcus multilocularis</i> (B67.5)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	3	Определение антител к эхинококку многокамерному (<i>Echinococcus multilocularis</i>) в крови. КТ органов грудной полости. КТ черепа. Компьютерная томография органов малого таза у женщин. КТ щитовидной железы.	1. Лечебное питание (диета М). 2. Хирургическое лечение осуществляют в хирургическом отделении республиканских организаций здравоохранения. 3. Противорецидивное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) за 1 неделю до хирургического вмешательства и 2 года после вмешательства непрерывно. 4. В неоперабельных случаях – медикаментозное лечение:
			Общий анализ мочи.	1		
			Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, общего белка, альбумин, ЩФ, ГГТП.	2		
			УЗИ органов брюшной полости (комплексное).	2		

			Рентгенография (обзорная) грудной полости. КТ органов брюшной полости ¹ . Исследование показателей гемостаза. Консультация врача-инфекциониста	1 1 2 1	КТ предстательной железы. Консультация врача акушера-гинеколога, врача-уролога	албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) без перерывов, пожизненно
111	Инвазия другой локализации и множественный эхинококкоз, вызванные <i>Echinococcus multilocularis</i> (B67.6)	О; Респ.	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, ЩФ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). УЗИ органов малого таза. УЗИ щитовидной железы. УЗИ предстательной железы. Консультация врача-инфекциониста	2 1 2 1 1 1 1 1	Определение антител к эхинококку многокамерному (<i>Echinococcus multilocularis</i>) в крови. КТ органов грудной полости. КТ черепа. Компьютерная томография органов малого таза у женщин. КТ щитовидной железы. КТ предстательной железы. Консультация врача акушера-гинеколога, врача-уролога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Хирургическое лечение осуществляют в хирургическом отделении республиканских организаций здравоохранения. 3. Противорецидивное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) за 1 неделю до хирургического вмешательства и 2 года после вмешательства непрерывно. 4. В неоперабельных случаях – медикаментозное лечение: албендазол (15 мг/кг/сут внутрь при массе тела пациента менее 60 кг и 400 мг внутрь 2 раза/сут при массе тела более 60 кг) без перерывов, пожизненно
112	Инвазия, вызванная <i>Taenia solium</i> . Солитер свиной или вооруженный (инвазия) цепень (B68.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов. Исследование кала на членики гельминтов	1 1 3 2		1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: празиквантел ² 5–10 мг/кг/сут внутрь однократно
113	Инвазия, вызванная <i>Taenia saginata</i> . Бычий или невооруженный цепень (инвазия) (B68.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов. Исследование кала на членики гельминтов	1 1 3 2		1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: празиквантел ² 20 мг/кг/сут внутрь однократно
114	Цистицеркоз центральной нервной системы (B69.0)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, электролитов (К, Na, Cl). Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов.	3 1 1 3	Определение антител к цистицерку (<i>Cysticercus spp.</i>) в крови. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Консультация врача-нейрохирурга	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение при паренхиматозном цистицеркозе. 2.1. При наличии множественных жизнеспособных и (или) дегенерирующих кист: 2.1.1. албендазол 15 мг/кг/сут (макс. доза 800 мг/сут) внутрь в комбинации с празиквантелом ² 50 мг/кг/сут внутрь 10 дней. 2.1.2. Кортикостероиды:

			МРТ головы, при отсутствии возможности проведения – КТ головного мозга с контрастированием. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	1–2 1		дексаметазон 0,1 мг/кг/сут в/м 10 дней (первая доза дексаметазона вводится за 1 сутки до начала приема антипаразитарных ЛС). 2.2. При наличии одиночных кист назначают: 2.2.1. альбендазол 15 мг/кг/сут (максимальная доза 1200 мг/сут) 10–14 дней; 2.2.2. кортикостероиды: дексаметазон 0,1 мг/кг/сут в/м 10 дней (первая доза дексаметазона вводится за 1 сутки до начала приема антипаразитарных ЛС). 2.3. При субарахноидальном цистицеркозе: 2.3.1. албендазол 15 мг/кг/сут (макс. доза 1200 мг/сут) внутрь 30 дней (длительность лечения определяется динамикой разрешения заболевания по данным МРТ-исследования); 2.3.2. кортикостероиды: дексаметазон 0,1 мг/кг/сут в/м 10 дней (первая доза дексаметазона вводится за 1 сутки до начала приема антипаразитарных ЛС). 3. Хирургическое вмешательство по медицинским показаниям осуществляют в нейрохирургическом отделении республиканских организаций здравоохранения. 4. В остром периоде цистицеркоидного энцефалита антигельминтные ЛС противопоказаны
115	Цистицеркоз других локализаций (B69.8)	Р; Г; О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	2 1 3 1 1	Определение антител к цистицерку (<i>Cysticercus</i> spp.) в крови. КТ головного мозга. УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь 2 раза/сут 10–30 дней. 3. Хирургическое вмешательство по медицинским показаниям
116	Дифиллоботриоз (B70.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов	2 1 3		1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: празиквантел ² 5–10 мг/кг/сут внутрь однократно
117	Трихинеллез (B75)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АСТ, АЛТ,	3 1 2	Определение антител к трихинеллам (<i>Trichinella</i> spp.) в крови. Эхокардиография. Исследование показателей гемостаза.	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь 2 раза/сут 8–14 дней или мебендазол 200–400 мг внутрь 3 раза/сут 3 дня, далее по 500 мг внутрь 3 раза/сут 10 дней. 3. Кортикостероиды:

			креатининфосфаткиназы (далее – КФК), ЛДГ, общего белка, альбумина, глюкоза. ЭКГ. Рентгенография органов грудной клетки	2 1	Консультация врача-невролога, врача-кардиолога	преднизолон 40–60 мг/сут внутрь с быстрым снижением дозы в течение 10–12 дней до полной отмены
118	Анкилостомоз (B76.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, общего белка, билирубина, альбумина, железа. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов. Рентгенография органов грудной клетки	3 1 2 3 1	Консультация врача-дерматовенеролога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь 1 раз/сут 3 дня или мебендазол 100 мг внутрь 2 раза/сут 3 дня, или пирантел 11 мг/кг внутрь (максимальная доза 1 г) 1 раз/сут 3 дня
119	Аскаридоз с кишечными осложнениями (B77.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови: определение уровня глюкозы, билирубина, АЛТ, ЩФ. Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов	1 1 1 3	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. КТ органов брюшной полости. Рентгенография (обзорная) брюшной полости. Консультация врача-хирурга	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь однократно или мебендазол 100 мг внутрь 2 раза/сут 3 дня, или пирантел 11 мг/кг внутрь (максимальная доза 1 г) однократно
120	Стрептококковый тонзиллит (J03.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. ЭКГ	1 1 1	Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на микрофлору. Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae)	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: 2.1. ЛС выбора бензилпенициллин 2 млн ЕД в/м 4 раза/сут 10 дней, или цефазолин 1–2 г в/м 3–4 раза/сут 10 дней, или амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза/сут 10 дней или клиндамицин по 600 мг в/м 3 раза/сут 10 дней, или бициллин-3 1,2 млн ЕД в/м однократно, или бициллин-5 1,5 млн ЕД в/м однократно или бензатин бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м однократно. 2.2. Альтернативные ЛС амоксициллин/клавулановая кислота 625 мг 2 раза/сут или 1000 мг 2 раза/сут 10 дней или цефуроксим 500 мг внутрь 2 раза/сут 10 дней или цефиксим 400 мг внутрь 1 раз/сут 10 дней. 2.3. макролиды (при наличии аллергии к бета-лактамам ЛС): азитромицин 500 мг внутрь 1 раз/сут 3–5 дней или кларитромицин 500 мг внутрь 2 раза/сут 10 дней. 3. НПВС:

						кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
121	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован (J10.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ. Исследование носоглоточных смывов на антиген вируса гриппа. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гриппа (Influenzae virus) в крови	2 1 1 1 1 2	Пульсоксиметрия. Определение параметров КОС. Исследование показателей гемостаза. Рентгенография околоносовых пазух. Биохимическое исследование крови с определением уровня электролитов (К, Na, Cl), глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, СРБ. Молекулярно-биологическое исследование носоглоточных смывов на вирус гриппа (Influenzae virus)	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: озельтамивир 75 мг внутрь 2 раза/сут 5 дней или занамивир по 2 ингаляции (10 мг) 2 раза/сут 5 дней. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 4. Посиндромное лечение: коррекция синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности, нарушений гемостаза, респираторного дистресс синдрома
122	Ветряная оспа без осложнений (B01.9)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи	1 1	Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, АСТ, общего белка, мочевины. Ультразвуковое исследование плода. Консультация врача акушера-гинеколога (при наличии беременности)	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение (назначают пациентам с иммунодефицитом, беременным в III триместре беременности): валацикловир 1000 мг внутрь 3 раза/сут или ацикловир 800 мг внутрь 5 раз/сут 5–7 дней или ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 5–7 дней. 3. Посиндромное лечение: коррекция синдрома интоксикации
123	Ветряная оспа с менингитом (B.01.0). Ветряная оспа с энцефалитом (B.01.1)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Исследование показателей гемостаза. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Биохимическое исследование крови: определение уровня билирубина, АЛТ, АСТ, общего белка, мочевины	2 1 1 1 2 1–2	МРТ головы (при невозможности выполнения – КТ головного мозга). Молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на вирус ветрянки (Varicella Zoster). Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус ветрянки (Varicella Zoster). Консультация врача-невролога, врача-офтальмолога	1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раза/сут 14 дней. 3. Дезинтоксикационная терапия (10–30 мл/кг/сут): 5 %, 10 % раствор глюкозы; 0,9 % раствор натрия хлорида; растворы электролитов; декстран. 4. При развитии отека-набухания вещества головного мозга: сормантол или маннитол 0,25–2,0 г/кг массы тела в зависимости от тяжести отека-набухания головного мозга, вводить в/в капельно в течение 30–60 минут; фуросемид 40–120 мг в/в струйно. 5. При судорогах, психомоторном возбуждении: диазепам 0,5 % раствор 2–4 мл в/в или в/м. 6. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м;

						метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
124	Ветряная оспа с пневмонией (B.01.2)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Исследование показателей гемостаза. Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, АСТ, общего белка, мочевины, креатинина. ЭКГ	2 2 2 1 1–2 1		1. Лечебное питание (диета М). 2. Этиотропное лечение: ацикловир 800 мг внутрь 5 раз/сут 5 дней или ацикловир 10 мг/кг в/в капельно 3 раз/сут 5 дней. 3. Посиндромное лечение: коррекция синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности, нарушений гемостаза
125	Легионеллез (A48)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Исследование показателей гемостаза. Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, АСТ, общего белка, мочевины, креатинина, электролитов (K, Na, Cl), ЛДГ, СРБ. ЭКГ. Бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. Бактериологическое исследование крови на стерильность	2 2 2 1 1–2 1 1 3	Молекулярно-биологическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на легионеллу пневмонии (<i>Legionella pneumophila</i>). Определение антигена возбудителя легионеллеза (<i>Legionella pneumophila</i>) в моче	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия: левофлоксацин 750 мг в/в или внутрь 1 раз/сут 7–10 дней, или моксифлоксацин 400 мг в/в или внутрь 1 раз/сут 7–10 дней, или азитромицин 1000 мг однократно в/в или внутрь в 1-е сутки, затем 500 мг в/в или внутрь 1 раз/сут 7–10 дней. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 4. Посиндромное лечение: коррекция синдрома интоксикации, нарушений гемостаза, дыхательной и сердечной недостаточности
126	Орнитоз (A70)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ. Определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (<i>Chlamidia psitaci</i>) в крови	1 1 2 1 1–2	Биохимическое исследование крови с определением уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ, общего белка, СРБ, глюкозы	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия: азитромицин 500 мг внутрь однократно в 1-е сутки, затем по 250 мг внутрь 1 раз/сут, или кларитромицин 500 мг внутри 2 раза/сут, или доксициклин 100 мг 1 раз/сут 14 дней. 3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 4. Посиндромное лечение: коррекция синдрома интоксикации

127	Лихорадка Ку (A78)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Рентгенография (обзорная) грудной полости. ЭКГ. Биохимическое исследование крови с определением уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ, общего белка, СРБ, глюкозы. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Определение антител к риккетсии Бернета (<i>Coxiella burneti</i>) в крови	1 1 2 1 1 1 1-2	Молекулярно-биологическое исследование крови на возбудитель лихорадки Ку. Эхокардиография	1. Лечебное питание (диета М). 2. Антибактериальная терапия. 2.1. ЛС выбора доксциклин 100 мг внутрь 2 раза/сут 14 дней. 2.2. Альтернативные ЛС моксифлоксацин 400 мг внутрь 1 раз/сут 14–21 день. 3. НПВС (при температуре тела более 38,5 °С): кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь
128	Энтеробиоз (B80)	Р; Г	Исследование перианального соскоба на энтеробиоз. Исследование соскоба с перианальной области на энтеробиоз	1		1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь однократно, затем через 2 недели 400 мг внутрь однократно, или мебендазол 100 мг внутрь однократно, затем через 2 недели повторно 100 мг внутрь однократно, или пирантел 11 мг/кг (максимальная разовая доза 1000 мг) внутрь однократно, затем через 2 недели 11 мг/кг (максимальная разовая доза 1000 мг) внутрь однократно
129	Трихоцефалез (B79)	Р; Г	Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов	1	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь 1 раз/сут или мебендазол 100 мг внутрь 2 раза/сут 3 дня
130	Токсокароз (B83.0)	Р; Г; О	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Определение антител к токсокаре собак (<i>Toxosara canis</i>) в крови	2 1-2	УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Рентгенография (обзорная) грудной полости. МРТ головы. Биохимическое исследование крови с определением уровня глюкозы, АЛТ, билирубина	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: албендазол 400 мг внутрь 2 раза/сут 5 дней. 3. Кортикостероиды (при тяжелой степени заболевания): преднизолон 60 мг/сут внутрь с быстрым снижением дозы в течение 3–5 дней
131	Висцеральный лейшманиоз (B55.0)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови с определением уровня общего и прямого билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, общего белка, альбумина.	1 1 1	Консультация врача-гематолога	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: амфотерицин В (липидный комплекс) 3 мг/кг/сут 1 раз/сут 1–5-й дни, 14-й и 21-й дни, или натрия стибоглюконат 20 мг/кг/сут в/в или в/м 20 дней, или милтефосин 2,5 мг/кг/сут (максимально 150 мг/сут) 28 дней, или меглюмина антимонат 20 мг/кг/сут в/в или в/м 20 дней, или

			Микроскопическое исследование пунктатов органов кроветворения (костный мозг) на лейшмании (<i>Leishmania spp.</i>). Рентгенография (обзорная) грудной полости. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Исследование показателей гемостаза	1 1 2 2		амфотерицин В 1 мг/кг/сут 15–20 дней или через день 8 недель
132	Кожный лейшманиоз (B55.1)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Микроскопическое исследование соскоба с кожи, папул и краев язв на лейшмании (<i>Leishmania</i>)	1 1	Консультация врача-дерматолога	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: амфотерицин В 1 мг/кг/сут 15–20 дней или через день 8 недель; натрия стибоглюконат 20 мг/кг/сут в/в или в/м 20 дней, или меглюмина антимолат 20 мг/кг/сут в/в или в/м 20 дней, или милтефосин 2,5 мг/кг/сут (максимально 150 мг/сут) 28 дней, или паромомицин мазь, местно 2 раза/сут 10–20 дней
133	Кожно-слизистый лейшманиоз (B55.2)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Микроскопическое исследование соскоба с кожи, папул и краев язв на лейшмании (<i>Leishmania</i>)	1 1	Консультация врача-дерматолога. Консультация врача-оториноларинголога	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: амфотерицин В 1 мг/кг/сут 15–20 дней или через день 8 недель, или натрия стибоглюконат 20 мг/кг/сут в/в или в/м 20 дней, или меглюмина антимолат 20 мг/кг/сут в/в или в/м 20 дней, или милтефосин 2,5 мг/кг/сут (максимально 150 мг/сут) 28 дней
134	Лихорадка Денге (классическая лихорадка Денге) (A90). Геморрагическая лихорадка, вызванная вирусом Денге (A91)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови с определением уровня глюкозы, креатинина, мочевины, билирубина, амилазы, АЛТ, АСТ, общего белка, альбумина, электролитов (Na, K, Cl). Исследование параметров КОС крови. УЗИ органов брюшной полости (комплексное). Бактериологическое исследование крови на стерильность. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу лихорадки Денге. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус лихорадки Денге.	2 2 2 2 2 3 1–2 1	Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. Рентгенография (обзорная) грудной полости. Клиническое и биохимическое исследование спинномозговой жидкости. Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (<i>Plasmodium</i>). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (<i>Plasmodium</i>)	1. Лечебное питание (диета П). 2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 3. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут. 4. Интубация трахеи и ИВЛ – при наличии клинических признаков дыхательной недостаточности 3 степени (цианоз кожных покровов; тахипноэ более 40 в минуту; показатель PaO ₂ менее 70 мм рт. ст; при FiO ₂ равным 1,0; отношение PaO ₂ к FiO ₂ менее 200; показатель PaCO ₂ менее 25 мм рт. ст). 5. При наличии признаков бактериальной инфекции (в том числе бактериального сепсиса) назначают антибактериальную терапию: цефтриаксон 2 г в/в 2 раза/сут или

			ЭКГ. Исследование показателей гемостаза	2 2		цефотаксим 2–3 г в/в 3–4 раза/сут, или цефепим 2 г в/в 2 раза/сут, или эртапенем 1000 мг в/в 1 раз/сут, или имипенем/циластатин 500/500 мг в/в 2–4 раза/сут, или меропенем 1–2 г в/в 3 раза/сут, или дорипинем 500 мг в/в 3 раза/сут. 6. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
135	Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго) (A98.0)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, ГГТП, креатинина, мочевины, общего белка, альбумина, электролитов (Na, K, Cl). Исследование параметров КОС крови. Исследование показателей гемостаза. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу крымской геморрагической лихорадки в крови. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус крымской геморрагической лихорадки (если исследование выполнено в первые 3 дня от начала заболевания и получен отрицательный результат, то выполняют повторное исследование на 4–6 день заболевания). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). ЭКГ	2 2 2 2 1–2 1–2 1 2	Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium)	1. Лечебное питание (диета П). 2. Этиотропное лечение: рибавирин в/в 6 дней: начальная доза 30 мг/кг (максимально 2 гр для пациентов с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин), затем – 15 мг/кг каждые 6 часов до 4 дня, затем – 7,5 мг/кг каждые 8 часов (максимум 500 мг для пациентов с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин) до 6 дня. 3. НПВС: парацетамол 500–2000 мг/сут (избегать назначения ибупрофена, диклофенака, ацетилсалициловой кислоты). 4. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут. 5. Интубация трахеи и ИВЛ – при наличии клинических признаков дыхательной недостаточности 3 степени (цианоз кожных покровов; тахипноэ более 40 в минуту; показатель Pa O2 менее 70 мм рт. ст; при FiO2 равным 1,0; отношение Pa O2 к FiO2 менее 200; показатель PaCO2 менее 25 мм рт. ст). 6. При наличии признаков бактериальной инфекции (в том числе бактериального сепсиса) назначают антибактериальную терапию: цефтриаксон 2 г в/в 2 раза/сут, или цефотаксим 2–3 г в/в 3–4 раза/сут, или цефепим 2 г в/в 2 раза/сут, или эртапенем 1000 мг в/в 1 раз/сут, или имипенем/циластатин 500 мг/500 мг в/в 2–4 раза/сут, или меропенем 1–2 г в/в 3 раза/сут, или дорипинем 500 мг в/в 3 раза/сут. 7. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
136	Болезнь, вызванная вирусом Эбола (A98.4)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый.	2		1. Лечебное питание (диета М). 2. НПВС:

			<p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, ГГТП, креатинина, мочевины, общего белка, альбумина, амилазы, электролитов (Na, K, Cl).</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эбола в крови.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эбола (если исследование выполнено в первые 3 дня от начала заболевания и получен отрицательный результат, то выполняют повторное исследование на 4–6 день заболевания).</p> <p>УЗИ органов брюшной полости (комплексное).</p> <p>ЭКГ</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1–2</p> <p>1–2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium).</p> <p>Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>3. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут.</p> <p>4. Интубация трахеи и ИВЛ – при наличии клинических признаков дыхательной недостаточности 3 степени (цианоз кожных покровов; тахипноэ более 40 в минуту; показатель Pa O2 менее 70 мм рт. ст; при FiO2 равным 1,0; отношение Pa O2 к FiO2 менее 200; показатель PaCO2 менее 25 мм рт. ст).</p> <p>5. При наличии признаков бактериальной инфекции (в том числе бактериального сепсиса) назначают антибактериальную терапию: цефтриаксон 2 г в/в 2 раза/сут, или цефотаксим 2–3 г в/в 3–4 раза/сут, или цефепим 2 г в/в 2 раза/сут, или эртапенем 1000 мг в/в 1 раз/сут, или имипенем/циластатин 500 мг/500 мг в/в 2–4 раза/сут, или меропенем 1–2 г в/в 3 раза/сут, или дорипином 500 мг в/в 3 раза/сут.</p> <p>6. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности</p>
137	Лихорадка Ласса (А96.2)	О; Респ	<p>Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, ГГТП, креатинина, мочевины, общего белка, альбумина, амилазы, электролитов (Na, K, Cl).</p> <p>Исследование параметров КОС крови.</p> <p>Исследование показателей гемостаза.</p> <p>Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Ласса в крови.</p> <p>Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Ласса (если исследование выполнено в первые 3-е суток от начала заболевания и получен</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1–2</p> <p>1–2</p>	<p>Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ.</p> <p>Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium).</p> <p>Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium).</p> <p>Рентгенография (обзорная) грудной полости</p>	<p>1. Лечебное питание (диета М).</p> <p>2. Этиотропное лечение: рибавирин в/в 6 дней: начальная доза 30 мг/кг (максимум 2 гр для пациентов с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин), затем – 15 мг/кг каждые 6 часов до 4 дня, затем – 7,5 мг/кг каждые 8 часов (максимум 500 мг для пациентов с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин) до 6 дня.</p> <p>3. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь.</p> <p>4. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут.</p> <p>5. Интубация трахеи и ИВЛ – при наличии клинических признаков дыхательной недостаточности 3 степени (цианоз кожных покровов; тахипноэ более 40 в минуту; показатель</p>

			отрицательный результат, то выполняют повторное исследование на 4–6-е сутки заболевания). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). ЭКГ	1 2		Pa O ₂ менее 70 мм рт. ст; при FiO ₂ равным 1,0; отношение Pa O ₂ к FiO ₂ менее 200; показатель PaCO ₂ менее 25 мм рт. ст). 6. При наличии признаков бактериальной инфекции (в том числе бактериального сепсиса) назначают антибактериальную терапию: цефтриаксон 2 г в/в 2 раза/сут, или цефотаксим 2–3 г в/в 3–4 раза/сут, или цефепим 2 г в/в 2 раза/сут, или эртапенем 1000 мг в/в 1 раз/сут, или имипенем/циластатин 500 мг/500 мг в/в 2–4 раза/сут, или меропенем 1–2 г в/в 3 раза/сут, или дорипином 500 мг в/в 3 раза/сут. 7. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности
138	Болезнь, вызванная вирусом Марбург (A98.3)	О; Респ	Общий (клинический) анализ крови развернутый. Общий анализ мочи. Биохимическое исследование крови с определением уровня билирубина, АЛТ, ЩФ, ГГТП, креатинина, мочевины, общего белка, альбумина, амилазы, электролитов (Na, K, Cl). Исследование параметров КОС крови. Исследование показателей гемостаза. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Марбург в крови. Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Марбург (если исследование выполнено в первые 3 дня от начала заболевания и получен отрицательный результат, то выполняют повторное исследование на 4–6 день заболевания). УЗИ органов брюшной полости (комплексное). ЭКГ	2 2 2 2 1–2 1–2 1 2	Комплекс исследований при подозрении на инфицирование ВИЧ. Микроскопическое исследование «толстой капли» крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Исследование тонкого мазка крови на малярийные плазмодии (Plasmodium). Рентгенография (обзорная) грудной полости	1. Лечебное питание (диета М). 2. НПВС: кеторолак 40–120 мг/сут внутрь или в/м; метамизол 500–2000 мг/сут внутрь или в/м; парацетамол 500–2000 мг/сут внутрь. 3. Антигистаминные ЛС (3–5 дней): лоратадин 10 мг внутрь 1 раз/сут или клемастин 1 мг внутрь 2 раза/сут, или хлоропирамин 25 мг внутрь 2 раза/сут, или дифенгидрамин 50 мг внутрь 2 раза/сут. 4. Интубация трахеи и ИВЛ – при наличии клинических признаков дыхательной недостаточности 3 степени (цианоз кожных покровов; тахипноэ более 40 в минуту; показатель Pa O ₂ менее 70 мм рт. ст; при FiO ₂ равным 1,0; отношение Pa O ₂ к FiO ₂ менее 200; показатель PaCO ₂ менее 25 мм рт. ст). 5. При наличии признаков бактериальной инфекции (в том числе бактериального сепсиса) назначают антибактериальную терапию: цефтриаксон 2 г в/в 2 раза/сут, или цефотаксим 2–3 г в/в 3–4 раза/сут, или цефепим 2 г в/в 2 раза/сут, или эртапенем 1000 мг в/в 1 раз/сут, или имипенем/циластатин 500 мг/500 мг в/в 2–4 раза/сут, или меропенем 1–2 г в/в 3 раза/сут, или дорипином 500 мг в/в 3 раза/сут. 6. Посиндромное лечение: коррекция нарушений гемостаза, электролитных нарушений, синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности

Примечания:

1. Диагностическое исследование выполняют в организациях здравоохранения, оснащенных визуализационной медицинской техникой (КТ, МРТ).

2. ЛС, ввезенные на территорию Республики Беларусь в случаях, предусмотренных абзацем пятым части первой статьи 23 Закона Республики Беларусь от 20 июля 2006 года «О лекарственных средствах».