

Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных

Изменения и дополнения:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 сентября 2011 г. № 920 <U611e0783>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2014 г. № 117 <U214e3147>;

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июля 2016 г. № 685 <U616e2833>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 апреля 2025 г. № 38 <W22543504p>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 августа 2025 г. № 72 <W22543927p>

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 гг., одобренной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8 октября 2003 г. № 1276, Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, и в целях унификации методов диагностики и лечения больных на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах, рационального использования лекарственных средств в организациях здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

клинические протоколы диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями органов дыхания согласно приложению 1;

клинические протоколы диагностики и лечения больных с ревматическими заболеваниями согласно приложению 4;

клинические протоколы диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения согласно приложению 6;

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

3. Признать утратившими силу:

подпункты 1.1, 1.2, 1.3, 1.6, 1.7, 1.10 пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 мая 2001 г. № 126 «Об утверждении протоколов обследования и лечения больных в системе здравоохранения Республики Беларусь»;

подпункты 1.2, 1.4, 1.6, 1.9 пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 февраля 2002 г. № 24 «Об утверждении временных протоколов обследования и лечения больных в системе здравоохранения Республики Беларусь».

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

Министр

Л.А.Постоялко

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями органов дыхания

Диагностика и лечение при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
		Диагностика			Лечение		
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7	8
Острый бронхит (J20)	Районный уровень (далее – РУ), межрайонный уровень (далее – МУ)	Физикальное обследование Общий ан. крови	1 1	При обструктивном синдроме – спирограмма, при второй волне лихорадки – рентгенограмма органов грудной клетки Консультация: пульмонолога, фтизиатра	Антибиотики только при бактериальной инфекции: амоксициллин внутрь 500 мг 3 раза/сут или ампициллин 500 мг 3 раза/сут внутрь в течение 5 суток Бронхо- и муколитические препараты: ацетилцистеин внутрь 400–600 мг в 1–2 приема или 10 % р-р в ингаляциях по 3 мл 1–2 раза/сут в течение 7 суток или бромгексин внутрь 8–16 мг 3 раза/сут в течение 7 суток, сальбутамол в дозировочном аэрозоле (далее – ДА) 2 вдоха при бронхообструктивном синдроме (ситуационно) Нестероидные противовоспалительные препараты: ацетилсалициловая кислота 0,25 – 3 раза/сут внутрь	5–7 дн.	Выздоровление
	Областной уровень (далее – ОУ)	Консультация: пульмонолога, фтизиатра при затянувшемся течении и сохраняющемся кашле более 2–3 недель		Бронхоскопия	Коррекция лечения		
Пневмония (J12–18)	РУ, МУ	Клиническое обследование Анамнез – острое начало	1 раз перед госпитализацией У реконвалесцентов с полным		Госпитализация Лечение пневмонии с легким, среднетяжелым и тяжелым течением проводится в условиях стационара:		

Жалобы – интоксикационный и бронхолегочно-плевральный синдромы: повышение t° тела до высоких цифр, кашель сухой или с мокротой, боль в грудной клетке, одышка
Аускультативные проявления пневмонии над пораженными участками легких (влажные хрипы)
Лабораторная диагностика:
Общий ан. крови (лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофильный сдвиг)
Биохимическое исследование крови: мочевина, креатинин, электролиты (K, Na, Ca), аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), аспартатаминотрансфераза (далее – АсАТ)
Исследование мокроты: микроскопия, окраска мазка по Граму, бактериологический посев мокроты с определением количества объемных единиц в мл (далее – КОЕ/мл) и чувствительности к антибиотикам
Общий ан. мочи
Обзорная рентгенограмма легких в прямой и боковой проекциях

выздоровлением – 1 р/3 мес. в течение 6 мес., у реконвалесцентов с клиническим выздоровлением – 1 р/3 мес. в течение 12 мес. наблюдения в поликлинике

антибиотики назначаются в вену или в мышцу
До момента госпитализации – эмпирическая терапия: амоксициллин 1 г – 2–3 раза/сут внутрь

	ОУ	(инфильтрация в виде очагов, сливная, плевральный экссудат, деструктивные изменения) То же + Компьютерная томография (далее – КТ) органов грудной клетки при осложненном течении пневмонии	1		Госпитализация		
Астма (легкое интермиттирующее течение) (J45)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты микроскопическое и бактериологическое	Однократно в периоде обострения. В дальнейшем при диспансерном наблюдении – 1–2 р/год	R-грамма органов грудной клетки	Легкое обострение астмы (свистящие хрипы при выдохе, пульс <100/мин., пиковая скорость выдоха (далее – ПСВ) >80 % от должного после 1-го введения бронхолитика) может быть купировано в амбулаторных условиях; если ПСВ превышает 80 % и ответ на сальбутамол сохраняется в течение 4 часов, можно продолжить применение β_2 -агониста каждые 3–4 часа в течение 24–48 часов. При неэффективности – госпитализация Базисная терапия легкой интермиттирующей астмы: кромогликат натрия (ДА) – 2 вдоха 4 раза/сут с последующим снижением дозы каждые 1–2 мес. При наличии показаний – специфическая иммунотерапия (далее – СИТ) Обучение в астмашколе	Купирование обострения – 3–7 дней. Базисное лечение продолжать до получения ремиссии	Ремиссия
	ОУ	Спирография с бронходилатационными и провокационными тестами Консультация аллерголога (аллерготестирование)		R-грамма органов грудной клетки	Разработка схемы базисного лечения		
Легкое персистирующее течение астмы (J45)	РУ, МУ	Пикфлоуметрия Общий ан. крови Общий ан. мочи	Пикфлоуметрический мониторинг, другие методы – однократно в периоде обострения, в дальнейшем при	Исследование мокроты микроскопическое и бактериологическое	Базисная терапия кромогликатом 10 мг (2 вдоха) 4–6 раз/сут или ингаляционными глюкокортикостероидами: 200–500 мкг/сут беклометазона или эквивалент Фенотерол (ДА) 200 мкг (2 вдоха) или	Купирование обострения – 5–7 дней. Базисное лечение продолжать до	Ремиссия

			диспансерном наблюдении – 1–2 р/год		сальбутамол (ДА) 100–200 мкг (1–2 вдоха) – ситуационно Муколитики – амброксол 30 мг 3 раза/сут внутрь Обучение в астмашколе При обострении – госпитализация Разработка схемы базисного лечения	получения ремиссии
	ОУ	Спирография с бронходилатационными и провокационными тестами Пикфлоуметрия Консультация аллерголога (аллерготестирование)		R-грамма органов грудной клетки		
Среднетяжелое персистирующее течение астмы (J45)	РУ, МУ	Спирография Пикфлоуметрия Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты микроскопическое и бактериологическое	Пикфлоуметрический мониторинг, другие методы – однократно в периоде обострения, в дальнейшем при диспансерном наблюдении – 1–2 р/год	R-грамма органов грудной клетки Пульсоксиметрия Аллерготестирование	Базисное лечение ингаляционными кортикостероидами: 400–1000 мкг беклометазона или эквивалент (будесонид) Сальбутамол 100–200 мкг или фенотерол 100 мкг (1–2 вдоха) по потребности, но не более 3–4 раза/сут (только ситуационное применение) При недостаточной эффективности – введение фенотерола, сальбутамола через небулайзер. Симптоматическая терапия. Лечение проводить до получения стойкой ремиссии При обострении – госпитализация Обучение в астмашколе При неэффективности лечения – разработка новых схем антиастматической терапии	Длительное базисное лечение до получения ремиссии, купирование тяжелых обострений – в стационаре
	ОУ	То же + Спирография с бронходилатационными тестами Пикфлоуметрия Пульсоксиметрия Консультация: пульмонолога, аллерголога (аллерготестирование)	1 1 1 1			
Тяжелое персистирующее течение астмы (J45)	РУ, МУ	Спирография Пикфлоуметрия Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты	Пикфлоуметрический мониторинг, другие методы – 1 р/3 мес.	R-грамма органов грудной клетки Пульсоксиметрия Аллерготестирование	Ингаляционные глюкокортикостероиды >1000 мкг беклометазона или эквивалент Бронхолитики (сальбутамол в дозировочном аэрозоле (далее – ДА) 2 вдоха или фенотерол в ДА 2 вдоха по	Длительное базисное лечение до получения ремиссии, купирование

микроскопическое и
бактериологическое

потребности, но не более 3–4 раза/сут).
При недостаточном эффекте
осуществлять ингаляции фенотерола
или сальбутамола через небулайзер, при
отсутствии ответа – 18 мкг тиотропиума
бромидом ингаляционно 1 раз/сут и
увеличение суточных доз
ингаляционных кортикостероидов
(беклометазона или эквивалента) до
1600–1800 мкг/сут, или прием внутрь
преднизолона 20–25 мг/сут короткими
курсами 10–15 дней
Муколитики – амброксол 30 мг 3–4
раза/сут внутрь, оксигенотерапия (через
концентратор кислорода – ККМ-23).
Лечение проводить до получения
стойкой ремиссии.

тяжелых
обострений – в
стационаре

Астмашкола

При обострении – госпитализация

Примечание:

Расчетные эквивалентные дозы (мкг)

ингаляционных кортикостероидов:

Низкая доза

Беклометазон 200–500

Будесонид 200–400

Флутиказон 100–250

Средняя доза

Беклометазон 500–1000

Будесонид 400–800

Флутиказон 250–500

Высокая доза

Беклометазон >1000

Будесонид >800

Флутиказон >500

При неэффективности – разработка
новых схем антиастматической терапии

ОУ

То же +

Пульсоксиметрия 1

КТ органов грудной
клетки 1

Консультация:
пульмонолога,
аллерголога
(аллерготестирование) 1

Республиканский
уровень (далее – Респ.
У)

То же +
Газометрия крови:
парциальное давление
кислорода (далее – 1

То же

		PaO ₂), углекислоты (далее – PaCO ₂), кислотно-основное состояние (далее – КОС), насыщение артериальной крови кислородом (SO ₂)					
		Пикфлоуметрический мониторинг дыхания	1				
Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит (J41)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты микроскопическое и бактериологическое	1–2 р при обострении и 1 р/год при диспансерном наблюдении	Бронхоскопия КТ органов грудной клетки	При выраженном интоксикационном и бронхолегочном синдроме (в случае подтверждения бактериальной природы обострения) – антибиотикотерапия: амоксициллин 1 г – 3 раза/сут и/или азитромицин 0,5 г – 1 раз/сут	5–7 дн.	Ремиссия
Хронический бронхит неуточненный (J42)		Спирограмма R-графия органов грудной клетки			При обструктивном синдроме – ипратропиум бромид – в ДА 2 вдоха 3–4 раза/сут и/или метилксантины (аминофиллин 0,15 – 3 раза/сут Муколитики: амброксол 0,03 – 3 раза/сут внутрь Бронхосанационная терапия (по показ.) Коррекция проводимого лечения		
	ОУ	То же + Бронхоскопия КТ органов грудной клетки	1 1				
Эмфизема (легкого) (J43)	РУ, МУ	Спирограмма с бронходилатационными тестами R-графия органов грудной клетки	1–2 раза при обострении и 1 р/год при диспансерном наблюдении	КТ органов грудной клетки Пульсоксиметрия	Бронхолитики: ипратропиум бромид в ДА 2 вдоха 3–4 раза/сут, при необходимости в сочетании с аминофиллином 0,15 – 3 раза/сут	2–3 недели для купирования дыхательного дискомфорта	Ремиссия
	ОУ	То же + КТ органов грудной клетки	1		При наличии показаний – ингаляционные глюкокортикостероиды: будесонид в ингаляциях 800 мкг/сут При выраженной дыхательной недостаточности – преднизолон внутрь 20–25 мг с постепенным снижением дозы в течение 2–3 нед. Оксигенотерапия через концентратор кислорода при нарастающей дыхательной недостаточности Коррекция проводимого лечения + Тиотропиум бромид 18 мкг ингаляционно 1 раз/сут		
	Респ. У	Пульсоксиметрия То же +	1				

		Исследование уровня альфа-1-антитрипсина	1				
		Газометрия крови: РаО ₂ , РаСО ₂ , КОС, SO ₂	1		То же +		
		Консультация торакального хирурга	1		Решение вопроса о возможности оперативного лечения		
Другая хроническая обструктивная легочная болезнь, стабильное течение (J44)	РУ, МУ	Исследование функции внешнего дыхания (далее – ФВД): спирограмма с бронходилатационными тестами Проба с физической нагрузкой (тест с 6-минутной ходьбой) R-графия органов грудной клетки	1–2 р при обострении и 1 р/год при диспансерном наблюдении	Пульсоксиметрия Мониторинг ФВД при прогрессирующей дыхательной недостаточности (далее – ДН)	Базисная терапия бронхолитиками: при 1-й стадии (легкое течение) – ипратропиум бромид 20 мкг в ингаляциях 1–2 дозы или сальбутамол 100 мкг в ингаляциях 1–2 дозы по потребности; при 2-й стадии (среднетяжелое течение) – ипратропиум бромид 20 мкг в ДА 4 раза/сут постоянно, при необходимости – в сочетании с аминофиллином 0,15 – 3 раза/сут внутрь; при 3-й и 4-й стадии (тяжелое и крайне тяжелое течение) – тиотропиум бромид 18 мкг 1 раз/сут, сальметерол 9–12 мкг в ингаляциях по 1-й дозе 2 раза/сут Сальбутамол 100 мкг в ДА 2 дозы – по показ. При частых обострениях показаны ингаляционные кортикостероиды (далее – ИКС): беклометазон в ингаляциях 1500 мкг/сут или будесонид в ингаляциях 800 мкг/сут Муколитические препараты: амброксол внутрь по 0,03 мг – 3 раза/сут в течение 2 суток, далее по 30 мг – 2 раза/сут до устранения симптомов Для решения вопроса о целесообразности буллектомии при буллезной дистрофии легкого больные направляются в Республиканский диагностический пульмонологический центр Оксигенотерапия через концентратор кислорода при нарастающей ДН	2–3 недели для купирования обострения	Ремиссия
	ОУ, Респ. У	То же + Пульсоксиметрия Мониторинг ФВД при прогрессирующей ДН	1				
Другие интерстициальные легочные болезни (J84)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты микроскопическое и	1–2 р при активных проявлениях болезни. В процессе диспансерного	Бронхоскопия	Глюкокортикостероидная терапия: преднизолон 20–30 мг/сут внутрь с постепенным снижением суточной дозы Пентоксифиллин 25 мг/сут	20–25 дн.	Ремиссия

		бактериологическое. Спирография R-графия органов грудной клетки	наблюдения 1–2 р/год		(антиагрегационное действие) Дыхательная гимнастика, тренировка дыхательной мускулатуры Лечение проводить до получения стойкой ремиссии Решение вопроса о диагностической операции		
	ОУ, Респ. У	То же + Бронхоскопия КТ органов грудной клетки	1 1				
Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов (D86.1)	РУ, МУ, ОУ (областные и городские противотуберкулезные диспансеры)	Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты (промывных вод bronхов) на микобактерии туберкулеза (далее – МБТ) 3-кратно R-графия органов грудной клетки Реакция Манту с 2 ТЕ Электрокардиограмма (далее – ЭКГ)	1–2 раза при первом обращении, в процессе наблюдения 1 р/год	КТ органов грудной клетки	Продолжение лечения, назначенного в стационаре При отсутствии показаний к стероидам: – α-токоферол по 600 мг/сут – амброксол 30 мг – 2 раза/сут Глюкокортикостероиды системные (при наличии показаний) – преднизолон (метилпреднизолон) 20– 30 мг/сут (1 месяц), затем постепенное уменьшение дозы на 5 мг в месяц до достижения поддерживающей дозы 5– 10 мг/сут	5 мес. Диспансерное наблюдение 3–5 и более лет	Выздоровление Улучшение состояния Стабилизация
Саркоидоз легких; легких и внутригрудных лимфоузлов; других уточненных и комбинированных локализаций, кроме кожи; неуточненный (D86.0, D86.2, D86.8, D86.9)	РУ, МУ, ОУ (областные и городские противотуберкулезные диспансеры)	Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты (промывных вод bronхов) на МБТ 3- кратно R-графия органов грудной клетки Реакция Манту с 2 ТЕ ЭКГ Консультация окулиста Томография органов грудной клетки Спирография	1–2 раза при первом обращении, в процессе наблюдения 1 р/год	КТ органов грудной клетки	Продолжение лечения, назначенного в стационаре. Глюкокортикостероиды системные (при наличии показаний) – преднизолон (метилпреднизолон) по 20–30 мг/сут (1 месяц), затем постепенное уменьшение дозы на 5 мг в месяц до достижения поддерживающей дозы 5–10 мг/сут местные (при поражении глаз) – гидрокортизон (мазь) При отсутствии показаний к стероидам: – α-токоферол по 600 мг/сут – амброксол 30 мг – 2 раза/сут	5–8 мес. Диспансерное наблюдение 3–5 и более лет	Выздоровление Улучшение состояния Стабилизация.
Муковисцидоз (кистофиброз) (E84.0)	РУ, МУ, ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты и гематокрит Анализ мокроты (мазки из носа и зева) на флору и чувствительность к антибиотикам Копрограмма	1 р в 3 мес. 1 р в 2–3 мес. 1 р в 3 мес.		Базисное лечение: Ферментные препараты (панкреатин) – инд. доза Ретинол 10 000 МЕ, токоферол – 70–100 мл/сут – ингаляции 0,9 % р-ра хлорида натрия 3–5 раза/сут Тренировка дыхательной мускулатуры		Улучшение качества жизни и ее продолжительности

	<p>лейкопения, нейтрофильный сдвиг Биохимическое исследование крови: белковый спектр, мочевина, креатинин, электролиты (К, Na, Са), АлАТ, АсАТ Общий ан. мочи Исследование мокроты: микроскопия, окраска мазка по Граму, бактериологический посев мокроты с определением КОЕ/мл и чувствительности к антибиотикам Обзорная рентгенограмма легких в прямой и боковой проекциях (инфильтрация в виде очагов или сливная, плевральный выпот, деструктивные изменения) То же +</p>		<p>раз/сут или 500 мг/сут в/в 1 раз/сут – 3–5 дн.) II ряд: ломефлоксацин 10 мг/кг/сут (максимальная доза – 400 мг) внутрь в 2 приема в сочетании с цефотаксимом 1–2 г 2–3 раза/сут в/м или в/в При тяжелой пневмонии в отделении интенсивной терапии и реанимации: цефтриаксон 1–2 г 1 раз/сут в/в в сочетании с амикацином 15 мг/кг/сут в 1–2 введения в/в, в/м – 7–10 дней, или азитромицин 0,5 в/в 1 раз/сут 3–5 дней При неэффективности проводимого лечения – разработка новых схем антибактериальной терапии (консилиум) или перевод больного (при возможности) на областной или республиканский уровни. Оценка эффективности лечения: – клинически (контроль симптомов) – рентгенологически (через 7–10 дней)</p>	Тяжелое	течение – 21 дн.
ОУ	<p>То же + Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом Исследование гемокультуры (оптимально проводить забор двух проб венозной крови из разных вен с интервалом 30–60 мин.)</p>	<p>КТ органов грудной клетки Бронхоскопия (с целью дифференциальной диагностики)</p>	<p>Пневмония среднетяжелого течения: I ряд: сочетание цефтриаксона (1–2 г 1 раз/сут в/в или в/м 5–7 дней) с азитромицином (250–500 мг внутрь 1 раз/сут или 500 мг/сут в/в 1 раз/сут – 3–5 дн.) II ряд: ломефлоксацин 10 мг/кг/сут (максимальная доза – 400 мг) внутрь в 2 приема в сочетании с цефотаксимом 1–2 г 2–3 раза/сут в/м или в/в или амоксициллин/клавулановая кислота 500/125 мг внутрь 3 раза/сут – 7 дней в сочетании с азитромицином 0,5 г 1 раз/сут в/в, или цефтриаксон 1–2 г 1 р/сут в/в или в/м, или имипенем/циластатин 1 г 2–3 раза/сут (с учетом чувствительности к антибиотикам) При тяжелой пневмонии в отделении интенсивной терапии и реанимации: цефтриаксон 1–2 г 1 раз/сут в/в – 5–7 дней + амикацин 15 мг/кг/сут в 1–2 введения в/в или в/м – 7–10 дней, или</p>	То же	То же

Респ. У	То же+ КТ органов грудной клетки Бронхоскопия (с целью дифференциальной диагностики)	1 1	Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом: цитология, биохимическое исследование, бак. посевы	<p>азитромицин 0,5 г в/в 1 раз/сут 3–5 дней; при неэффективности – ванкомицин 0,5 г в/в 2–4 раза/сут 5–7 дней</p> <p>При подозрении на инфекцию, вызванную <i>P. aeruginosa</i>, препаратами выбора являются цефепим 2–4 г в/в 2 раза/сут и имипенем/циластатин 1,5–4 г в/в 2 раза/сут Эти препараты можно применять в монотерапии или в комбинации с аминогликозидами (амикацин 15–20 мг/кг 1 раз/сут)</p> <p>Оценка эффективности лечения: – клинически (контроль симптомов) – рентгенологически (через 7–10 дней)</p> <p>Пневмония среднетяжелого течения: – с сопутствующей патологией: цефтриаксон 1–2 г 1 р/сут в/в или в/м, или имипенем/циластатин 1 г 2–3 раза/сут – при подозрении на аспирационную пневмонию: I ряд – сочетание цефтриаксона 1–2 г 1 раз/сут в/в с азитромицином 0,5 г 1 раз/сут внутрь 5 дней II ряд – левофлоксацин (по решению консилиума) 0,5 г 1 раз/сут в/в + метронидазол 0,5 г в/в капельно каждые 8 часов – 7–10 дней</p> <p>При тяжелой пневмонии в отделении интенсивной терапии и реанимации: цефтриаксон 1–2 г 1 раз/сут в/в – 5–7 дней + левофлоксацин (по решению консилиума) 0,5 г 1 раз/сут в/в или амикацин 15 мг/кг/сут в 1–2 введения в/в, в/м – 7–10 дней, или азитромицин 0,5 в/в 1 раз/сут 3–5 дней; при неэффективности – ванкомицин 0,5 г в/в 2–4 раза/сут 5–7 дней</p> <p>При подозрении на инфекцию, вызванную <i>P. aeruginosa</i>, препаратами выбора являются цефепим 2–4 г в/в 2 раза/сут и имипенем /циластатин 1,5–4 г в/в 2 раза/сут, или левофлоксацин (по решению консилиума) 0,5 г в/в 1 раз/сут Эти препараты можно применять в</p>	<p>Среднетяжелое течение – 14–18 дн</p> <p>1. Полное выздоровление 2. Клиническое выздоровление (остаточные рентгенологически определяемые изменения в легких)</p> <p>Тяжелое течение – 21 дн</p>
---------	--	--------	--	--	---

Вирусная пневмония (J10–12)	РУ, МУ	Общий ан. крови Биохимическое исследование крови белковый спектр, мочевины, креатинина, электролиты (К, Na, Са), АЛАТ, АсАТ Общий ан. мочи Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты R-грамма органов грудной клетки	Ежедневный контроль симптомов. Кратность других методов исследования 1–2 раза в процессе лечения	Газометрия крови: РаО ₂ , РаСО ₂ , КОС, SO ₂ Иммунологические исследования: иммуноферментный анализ (далее – ИФА): аденовирусы, герпес, цитомегаловирусы и/или полимеразная цепная реакция (далее – ПЦР): энтеровирусы, герпес, цитомегаловирусы	монотерапии или в комбинации с аминогликозидами (амикацин 15–20 мг/кг 1 раз/сут) Оценка эффективности лечения: – клинически (контроль симптомов) – рентгенологически (через 7–10 дней) Первичная вирусная пневмония (развивается в первые 24–48 часов от начала болезни): управляемая ИВЛ, коллоидные растворы для предотвращения отека легких, трансфузия эритроцитарной массы для стабилизации гематокрита на уровне 40 %. Вторичная пневмония, обусловленная присоединением бактериальной инфекции, чаще S. pneumoniae, S. aureus, H. Influenzae: целенаправленная антибактериальная терапия (см. предыдущие разделы) Противовирусные препараты: римантадин внутрь после еды в 1-й день болезни – по 100 мг 3 раза, во 2–3-й дни – по 100 мг 2 раза, в 4-й день 100 мг 1 раз, а также интерферон альфа интраназально. Показаны амброксол 30 мг внутрь 3 раза/сут, ацетилцистеин ингаляционно по 2–5 мл 20 % р-ра 3–4 раза/сут, ацетилсалициловая кислота 0,25–0,5 – 2 раза/сут То же + рибавирин внутрь во время еды 0,2 г – 3–4 раза/сут в течение 3–5 дней (при наличии показаний)	14–21 дн.	Выздоровление
	ОУ, Респ. У	То же + Газометрия крови: РаО ₂ , РаСО ₂ , КОС, SO ₂ Иммунологические исследования: иммуноферментный анализ (далее – ИФА): аденовирусы, герпес, цитомегаловирусы и/или полимеразная цепная реакция (далее – ПЦР): энтеровирусы, герпес, цитомегаловирусы	1 1			То же	То же
Пневмония, вызванная	РУ, МУ	Общий ан. крови Биохимическое	Ежедневный контроль	Исследование плеврального	Стартовая терапия антибиотиками пенициллинового ряда:	12–15 дн.	Выздоровление

Streptococcus pneumoniae (J13)	ОУ	<p>исследование крови: белковый спектр, мочевина, креатинин, электролиты (К, Na, Са), АлАТ, АсАТ Общий ан. мочи Рентгенограмма в прямой и боковой проекциях Исследование мокроты: микроскопия, окраска мазков по Граму, бак. посев Антибиотикограмма То же + КТ органов грудной клетки Бронхоскопия – при необходимости дифференциальной диагностики Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом: цитологическое, биохимическое, бактериологическое</p>	<p>симптомов. Кратность других методов исследования 1–2 раза в процессе лечения</p> <p>1 1</p>	<p>экссудата при осложнении плевритом: цитология, биохимическое исследование, бак. посеvy</p>	<p>ампициллин 0,5–1 3–4 раза/сут – 7–10 дней в/м или в/в 7–10 дней или амоксициллин 0,5 3 раза/сут При недостаточной эффективности – в сочетании с макролидами: азитромицин 250–500 мг/сут внутрь в течение 3 дней или 500 мг/сут в/в Показаны амброксол 30 мг внутрь 3 раза/сут, ацетилцистеин ингаляционно по 2–5 мл 20 % р-ра 3–4 раза/сут, ацетилсалициловая кислота 0,25–0,5 – 2 раза/сут То же</p>	То же	То же
Пневмония, вызванная Haemophilus influenzae (J14)	РУ, МУ	<p>Общий ан. крови Биохимическое исследование крови: белковый спектр, мочевина, креатинин, АлАТ, АсАТ Общий ан. мочи Рентгенограмма в прямой и боковой проекциях Исследование мокроты: микроскопия, окраска мазков по Граму, бак. посев Антибиотикограмма То же + КТ органов грудной клетки Бронхоскопия при необходимости дифференциальной диагностики Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом:</p>	<p>Ежедневный контроль симптомов. Кратность других методов исследования 1–2 раза в процессе лечения</p> <p>1 1 1</p>	<p>Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом: цитология, биохимическое исследование, бак. посеvy</p>	<p>Стартовая терапия: цефуроксим 0,75–1,5 3–4 раза/сут в/м или амоксициллин 0,5 г – 3 раза/сут внутрь Показаны амброксол 30 мг внутрь 3 раза/сут, ацетилцистеин ингаляционно по 2–5 мл 20 % р-ра 3–4 раза/сут, ацетилсалициловая кислота 0,25–0,5 – 2 раза/сут</p> <p>Стартовая терапия: цефуроксим 0,75–1,5 3–4 раза/сут в/м или амоксициллин/клавулановая кислота 500/125 мг – 2–3 раза/сут внутрь (или их сочетание). При неэффективности – амикацин 15–20 мг/кг/сут в/м Показаны амброксол 30 мг внутрь 3 раза/сут, ацетилцистеин ингаляционно по 2–5 мл 20 % р-ра 3–4 раза/сут,</p>	12–15 дн.	Выздоровление
	ОУ				<p>Стартовая терапия: цефуроксим 0,75–1,5 3–4 раза/сут в/м или амоксициллин/клавулановая кислота 500/125 мг – 2–3 раза/сут внутрь (или их сочетание). При неэффективности – амикацин 15–20 мг/кг/сут в/м Показаны амброксол 30 мг внутрь 3 раза/сут, ацетилцистеин ингаляционно по 2–5 мл 20 % р-ра 3–4 раза/сут,</p>	То же	То же

		цитологическое, биохимическое, бактериологическое			ацетилсалициловая кислота 0,25–0,5 – 2 раза/сут		
Пневмония, не классифицированная в других рубриках (J15–16)	РУ, МУ	Общий ан. крови Биохимическое исследование крови: белковый спектр, мочевины, креатинин, АлАТ, АсАТ Общий ан. мочи Рентгенограмма в прямой и боковой проекциях Исследование мокроты: микроскопия, окраска мазков по Граму, бак. посев Антибиотикограмма	Ежедневный контроль симптомов. Кратность других методов исследования 1–2 раза в процессе лечения	Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом: цитология, биохимическое исследование, бак. посева	В схему лечения включаются аминогликозиды (грамотрицательная флора): амикацин 15–20 мг/кг 1 раз/сут и/или цефалоспорины 3-го поколения: цефтриаксон 1–2 г – 1 раз/сут в/в При атипичных возбудителях – азитромицин 0,5 – 1 раз/сут внутрь или в/в Показаны амброксол 30 мг внутрь 3 раза/сут, ацетилцистеин ингаляционно по 2–5 мл 20 % р-ра 3–4 раза/сут, ацетилсалициловая кислота 0,25–0,5 – 2 раза/сут	15 дн.	Выздоровление
	ОУ	То же + КТ органов грудной клетки Бронхоскопия при необходимости дифференциальной диагностики Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом: цитологическое, биохимическое, бактериологическое	1 1 1	То же	В схему лечения включаются аминогликозиды (грамотрицательная флора): амикацин 15–20 мг/кг 1 раз/сут и/или цефалоспорины 3–4 поколения: цефтриаксон 1–2 г – 1 раз/сут в/в или цефепим 1–2 г – 2 раза/сут в/в При атипичных возбудителях – азитромицин 0,5 – 1 раз/сут внутрь или в/в При неэффективности – ванкомицин 0,5 г в/в 2–4 раза/сут Показаны амброксол 30 мг внутрь 3 раза/сут, ацетилцистеин ингаляционно по 2–5 мл 20 % р-ра 3–4 раза/сут, ацетилсалициловая кислота 0,25–0,5 – 2 раза/сут	То же	То же
Пневмония без уточнения возбудителя (J18)	РУ, МУ	Общий ан. крови Биохимическое исследование крови: белковый спектр, мочевины, креатинин, АлАТ, АсАТ Общий ан. мочи Рентгенограмма в прямой и боковой проекциях Исследование мокроты: микроскопия, окраска мазков по Граму, бак. посев Антибиотикограмма	Ежедневный контроль симптомов. Кратность других методов исследования 1–2 раза в процессе лечения	Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом: цитология, биохимическое исследование, бак. посева	Антибактериальная терапия назначается с учетом предполагаемого на основе клинико-рентгенологических критериев этиологического фактора и степени тяжести пневмонии (см. J12-16)	5–7 дн.	Выздоровление

	ОУ	То же +	То же	То же	То же	То же	
		КТ органов грудной клетки	1				
		Бронхоскопия при необходимости дифференциальной диагностики	1				
		Исследование плеврального экссудата при осложнении плевритом: цитологическое, биохимическое, бактериологическое	1				
Астма (обострение) (J45)	РУ, МУ	Клиническое исследование		Исследование параметров	<u>Среднетяжелое обострение:</u> ПСВ – 60–80 % от должного, в дыхании участвуют вспомогательные мышцы, громкие, свистящие хрипы, пульс – 100–120/мин, SaO ₂ – 91–95 %	10–15 дн.	Ремиссия
		Общий ан. крови	1–2	газообмена	Ингаляционный β ₂ -агонист: сальбутамол 2,5–5 мг или антихолинергический препарат ипратропиум бромид 500 мкг (2 мл р-ра, содержащего 250 мкг/мл) через небулайзер с кислородом		
		Анализ мокроты	1–2	Мониторинг ФВД	Глюкокортикостероиды: преднизолон 0,5–1,0 мг/кг/сут внутрь или в/в		
		Спирография	1–2		Возможно внутривенное введение аминофиллина, необходимо вводить «насыщающую» дозу 7 мг/кг (общая максимальная доза не должна превышать 250 мг) в течение 20 мин., затем препарат вводят в поддерживающей дозе 0,5–1,0 мг/кг/час.		
		Пикфлоуметрия	1–2		Если больной принимает препараты аминофиллина, в «насыщении» нет необходимости: вводят только поддерживающую дозу по 0,5–1,0 мг/кг/час		
		Примечание: следует иметь в виду недопустимость потери времени на исследования, когда необходимо оказать неотложную помощь			Тяжелое обострение: ПСВ <60 % от должного. Резко выражены симптомы в покое: одышка, вынужденное положение, ЧД>30/мин., участие в дыхании вспомогательных мышц, громкие, свистящие хрипы, пульс >120/мин., SaO ₂ <90 %, 40–60 %.		
					Оксигенотерапия (через концентратор кислорода), ингаляции сальбутамола в		

					<p>дозе 2,5–5 мг через небулайзер. Преднизолон 0,5–1 мг/кг/сут внутрь или в/в, или гидрокортизон 200 мг в/в. При недостаточной эффективности – в/в медленное введение аминофиллина в дозе 240 мг (если пациент не получает препарат внутрь) Примечание: при отсутствии небулайзера β₂-агонисты необходимо применять через больших размеров спейсер. Мониторинг ПСВ. При отсутствии ответа – перевод в отделение интенсивной терапии и реанимации (далее – ОРИТ), возможна интубация и искусственная вентиляция легких (далее – ИВЛ). После купирования обострения – базисное лечение будесонидом в ДА от 800 до 1000 мкг/сут (в зависимости от тяжести астмы), при необходимости в сочетании с пролонгированным β₂-агонистом: сальметерол в ДА или в ДПИ (дискохалер/дискус) 1–2 вдоха 2 раза/сут То же</p>			
	ОУ	То же + Пульсоксиметрия Исследование параметров газообмена Мониторинг ФВД	1 1				То же	То же
	Респ. У	То же		То же		То же + Разработка новых схем лечения при недостаточной эффективности лечения на предыдущих этапах	То же	То же
Эмфизема (J43) Другая хроническая обструктивная легочная болезнь (среднетяжелое и тяжелое обострение) (J44)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Определение степени нарушения ФВД: спирография с бронходилатационными тестами Микроскопия мокроты и бак. посев R-грамма органов грудной клетки.	2 раза в процессе лечения	Мониторинг ФВД		Среднетяжелое обострение: ипратропиум бромид 20 мкг в ингаляциях или небулизованный р-р 0,5 мг (2 мл) каждые 30 мин. в течение первых 1,5 часа, далее каждые 2–4 часа по потребности, при тяжелой ДН – в сочетании с метилксантинами (аминофиллин 250 мг в/в) или фенотеролом в ДА 200 мкг 1–3 раза/сут или ипратропиум бромидом в ДА 20 мкг/доза 2–4 дозы 3–4 раза/сут Муколитики: амброксол 30 мг	15 дн.	Ремиссия

3 раза/сут внутрь

При объеме форсированного выдоха за первую секунду (далее – ОФВ 1) < 50 % необходимо сочетать с

глюкокортикостероидами (далее – ГКС) для системного применения:

метилпреднизолон внутрь 2–4 мг/сут

10–14 сут или преднизолон внутрь 30

мг/сут 10–14 сут с постепенным

снижением дозы в течение 2–3 нед., при необходимости с последующим

переходом на ингаляционные

глюкокортикостероиды: будесонид в

ДА (800 мкг/сут)

Оксигенотерапия при нарастающей дыхательной недостаточности.

При инфекционном обострении –

амоксциллин, при неэффективности – в сочетании с цефотаксимом.

Тяжелое обострение: оксигенотерапия через концентратор кислорода не менее 18 часов.

Бронхолитики через небулайзер:

сальбутамол 2,5 мг или фенотерол 1 мг

При необходимости комбинировать с внутривенным введением

аминофиллина: нагрузочная доза 5

мг/кг массы тела в течение 30 мин.,

затем поддерживающая доза 0,4–0,5 мг/кг/час

Системные глюкокортикостероиды:

метилпреднизолон 40–80 мг или

гидрокортизон 100–200 мг каждые 6

часов в/в в первые 48 часов с

последующим снижением доз и

переходом на ингаляционные

кортикостероиды (далее – ИКС).

Антибактериальная терапия назначается только при инфекционном обострении.

Наиболее частые возбудители – *H.*

influenzae, *S. pneumoniae*, в тяжелых

случаях – *Enterobacteriaceae*,

P. aeruginosa, поэтому используются

амоксциллин или цефалоспорины 3-го поколения (цефотаксим), и/или

макролиды (азитромицин)

				<p>Неинвазивная вентиляция легких при ЧД > 25/мин., РаСО₂ > 45 мм рт.ст., рН < 7,35, РаО₂/FiO₂ < 200 мм рт.ст.</p> <p>Проведение ИВЛ при угрожающем состоянии: остановка дыхания, нестабильная гемодинамика (систолическое артериальное давление (далее – АД) < 70 мм рт.ст., ЧСС < 50 /мин. или > 160/мин.), ЧД > 35/мин. рН артериальной крови < 7,25, РаО₂ < 45 мм рт.ст., несмотря на проведение оксигенотерапии</p> <p>Симптоматическая терапия</p> <p>После купирования обострения – базисное лечение ипратропиумом бромидом 18 мкг 1 раз/сут, при необходимости в сочетании с будесонидом в ДА от 800 до 1000 мкг/сут (в зависимости от тяжести состояния)</p> <p>Тренировка дыхательной мускулатуры.</p> <p>Обучение в «пульмошколе»</p>		
	ОУ, Респ. У	То же + Газометрия крови: РаО ₂ , РаСО ₂ , КОС, SO ₂	1	То же +	То же	То же
		КТ органов грудной клетки	1	Разработка новых схем лечения при недостаточной эффективности на предыдущих этапах		
		Комплексное бронхологическое исследование	1			
Бронхоэктатическая болезнь (J47)	РУ, МУ	Общий ан. крови	1–2 раза в процессе лечения	Антибиотикотерапия: цефотаксим 1 г – 2 раза/сут в/в и/или амикацин 10–15 мг/кг/сут в/м или в/в в 1–2 введения	14–21 дн.	Ремиссия
		Биохимическое исследование крови: белковый спектр, мочевины, АлАТ, АсАТ		Мукорегуляторы и бронхолитики: амброксол 30 мг внутрь 3 раза/сут, сальбутамол в ДА 100–200 мкг не более 3 раза/сут или фенотерол через небулайзер		
		Общий ан. мочи		Постуральный дренаж, бронхосанационная терапия		
		Исследование мокроты: микроскопия, бак. посев, антибиотикограмма				
		Спирограмма				
		Рентгенографическое исследование легких в прямой и боковой проекциях				
	ОУ Респ. У	То же +		То же +	То же	То же
		КТ органов грудной клетки	1	При объеме поражения не более 2 долей – решение вопроса о		
		Бронхография	1			

Другие интерстициальные легочные болезни (J84)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи R-графия органов грудной клетки Исследование ФВД Бронхоскопия	1–2 раза в процессе лечения	Мониторинг ФВД	целесообразности хирургического лечения Кортикостероидная терапия: преднизолон 20–30 мг/сут внутрь с постепенным снижением дозы под контролем клинических, рентгенологических и лабораторных данных Дезагреганты: пентоксифиллин 25 мг/кг/сут внутрь Симптоматическая терапия Оксигенотерапия через концентратор кислорода при ДН Тренировка дыхательной мускулатуры	18–30 дн. в зависимости от тяжести болезни	Ремиссия Выздоровление
	ОУ	То же + Бронхоскопия	1	То же + КТ органов грудной клетки	Разработка новых схем лечения при недостаточной эффективности на предыдущих этапах	То же	То же
	Респ. У	Бронхоскопия КТ органов грудной клетки Торакоскопия Биопсия легкого	1 1 1 1	Газометрия крови: РаО ₂ , РаСО ₂ , КОС, SO ₂	То же		
Абсцесс легкого и средостения (J85)	РУ, МУ	Общий ан. крови Биохимическое исследование крови: белковый спектр, мочевины, АлАТ, АсАТ, креатинин Микробиологическое исследование мокроты: микроскопия мазков по Граму, бак. посев. Общий ан. мочи R-графия органов грудной клетки	1–2 раза в процессе лечения	Спирография	Цефотаксим 1,0 – 2 раза/сут в/в в сочетании с амикацином 10–15 мг/кг/сут в/м или в/в в 1–2 введения При отсутствии эффекта от лечения направить в областное ЛПО	21 дн.	Выздоровление
	ОУ, Респ. У	То же + КТ органов грудной клетки Исследование гемокультуры (оптимально проводить забор двух проб венозной крови из разных вен с интервалом 30–60 мин.) Спирография	1 1 2	То же + Бронхоскопия	То же + Цефепим 1–2 г 2 раза/сут в/в в сочетании с амоксициллин/клавулановой кислотой – 500/125 мг 2 раза/сут внутрь или левофлоксацином 0,5 г в/в 1 раз/сут (левофлоксацин назначается только по решению консилиума на республиканском уровне) Хирургическое лечение и разработка новых схем лечения при его	То же	То же

Пиоторакс (эмпиема) (J86)	ОУ, Респ. У	Общий ан. крови Биохимическое исследование крови: белковый спектр, мочевина, АлАТ, АсАТ, креатинин Общий ан. мочи R-графия органов грудной клетки Микроскопическое и бактериологическое исследование плеврального содержимого	1–2 раза в процессе лечения	КТ органов грудной клетки	неэффективности на предыдущих этапах Цефотаксим 1,0 – 2 раза/сут в/в в сочетании с амикацином 10–15 мг/кг в/в в 1–2 введения в сутки или левофлоксацином 0,5 г в/в 1 раз/сут, (левофлоксацин назначается только по решению консилиума на республиканском уровне) или Хирургическое лечение: дренирование плевральной полости, плеврэктомия	30 дн.	Выздоровление
Плевральный выпот, не классифицированный в других рубриках (J90)	РУ, МУ	Клиническое обследование Общий ан. крови Биохимическое исследование крови: белковый спектр, мочевина, АлАТ, АсАТ, креатинин R-грамма органов грудной клетки	1–2 раза в процессе лечения	УЗИ плевральной полости	При плеврите, осложняющем течение пневмоний, абсцессов, – антибиотикотерапия с учетом этиологического фактора (см. предыдущие разделы) При аллергической этиологии или при наличии системных заболеваний – преднизолон внутрь 20–30 мг с последующим снижением суточной дозы и отменой препарата При наличии показаний – эвакуация плеврального экссудата (показания: большое количество выпота, вызывающее одышку, смещение органов средостеня, притупление перкуторного звука до 2-го ребра по передней грудной стенке)	25–30 дн.	Выздоровление
	ОУ	То же + КТ органов грудной клетки УЗИ плевральной полости	1 1		При наличии показаний – эвакуация плеврального экссудата (показания: большое количество выпота, вызывающее одышку, смещение органов средостеня, притупление перкуторного звука до 2-го ребра по передней грудной стенке), дренирование плевральной полости		
	Респ. У	То же + Видеоторакоскопия Биопсия плевры	1 2		То же + Разработка новых схем лечения при его неэффективности на предыдущих этапах		То же
Пневмоторакс (J93)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи	1–2 раза в процессе лечения		Оказание неотложной помощи: дренирование плевральной полости по	14–20 дн.	Выздоровление

		R-графия органов грудной клетки			показаниям, перевод клапанного плевмоторакса в открытый с последующим немедленным дренированием и подключением к непрерывно действующей аспирационной системе Симптоматическая терапия, лечение основного заболевания, как причины плевмоторакса То же	То же	То же
	ОУ	То же + КТ органов грудной клетки	1				
	Респ. У	То же + Видеоторакоскопия	1		То же + Хирургическое лечение по показаниям	То же	То же
Саркоидоз лимфатических узлов (D86.1)	Стационары противотуб. диспансеров ОУ и Респ. У	Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты (промывных вод бронхов) на МБТ 3-кратно (бактериоскопия, посев на питательные среды) R-графия органов грудной клетки Бронхоскопия с браш-биопсией, исследованием бронхоальвеолярной лаважной жидкостью (далее – БАЛЖ) (иммунология, морфология) Биохимический ан. крови: билирубин, АсАТ, АлАТ, креатинин, мочевины, кальций, ангиотензинпревращающий фермент (далее – АПФ), С-реактивный белок (далее – СРБ) Консультация окулиста Реакция Манту с 2 ТЕ Спирография	1–2 раза в процессе лечения	Биопсия периферического л/узла или диагностическая видеоторакоскопия с биопсией внутригрудных лимфоузлов КТ органов грудной клетки Уровень кальция в моче (для определения активности процесса)	Госпитализация с целью верификации диагноза. Протокол лечения с последующим продолжением в амбулаторных условиях: При отсутствии показаний к стероидам: – антиоксиданты (α-токоферол по 600 мг/сут) – пентоксифиллин по 25 мг/кг/сут в/в и/или перорально в качестве антицитокиновой терапии – амброксол по 30 мг – 2 раза/сут Глюкокортикостероиды системные (по показ.) – преднизолон (метилпреднизолон) 20–30 мг/сут с последующим снижением дозы на 5 мг в месяц до достижения поддерживающей дозы 5–10 мг/сут	20 дн.	Выздоровление Улучшение состояния Стабилизация процесса
Саркоидоз легких (D86.0)	ОУ, Респ. У	Общий ан. крови Общий ан. мочи Исследование мокроты (промывных вод бронхов) на МБТ 3-кратно (бактериоскопия, посев на	1–2 раза в процессе лечения	Бронхоскопия с трансбронхиальной биопсией легких или диагностическая видеоторакотомия с	Глюкокортикостероиды системные (при наличии показаний): – преднизолон (метилпреднизолон) 20–30 мг/сут с последующим уменьшением дозы на 5 мг в месяц до достижения поддерживающей дозы 5–10 мг/сут	20–25 дн.	Выздоровление Стабилизация процесса
Саркоидоз легких с саркоидозом лимфатических узлов							

(D86.2)		питательные среды) R-графия органов грудной клетки Бронхоскопия с браш- биопсией, исследованием БАЛЖ (иммунология, морфология) Биохимическое исследование крови: билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевина, кальций, АПФ, СРБ Консультация окулиста Реакция Манту с 2 ТЕ Спирография Уровень кальция в моче (для определения активности процесса)		биопсией легкого или внутригрудных лимфоузлов КТ органов грудной клетки	– антиоксиданты (α -токоферол по 600 мг/дн) – пентоксифиллин по 25 мг/кг/сут в/в или внутрь в качестве антицитокиновой терапии – амброксол по 30 мг 2 раза/сут		
Муковисцидоз	ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты + гематокрит	1–2		Антибиотики внутрь при хроническом высеве <i>Ps. aeruginosa</i> : парентеральные антибиотики: цефтриаксон 2 г – 2 раза/сут или цефотаксим 3 г – 2 раза/сут, или амикацин 15 мг/кг/сут в, при необходимости в сочетании с левофлоксацином 0,5 – 1 раз/сут в/в (по решению консилиума на республиканском уровне)	Курс 3–4 нед.	Улучшение качества жизни и ее продолжительности
(кистофиброз) (E84.0) Респ. У		Анализ мокроты (мазки из носа и зева) на флору и чувствительность к антибиотикам	1–2		При недостаточной эффективности – азитромицин 0,5 г в/в 1 раз/сут Ингаляции: – гентамицин 80–160 мг 2 раза/сут – β_2 -агонисты: сальбутамол 100–200 мкг (1–2 вдоха) ситуационно – беклометазон в ДА до 1000 мкг/сут Ферментные препараты (панкреатин) – инд. доза Ретинол 10 000 МЕ, токоферол – 70–100 мл/сут – ингаляции 0,9 % р-ром хлорида натрия 3–5 раза/сут Тренировка дыхательной мускулатуры (PEP mask) – муколитики (амброксол 30 мг – 3 раза/сут)		
		Копрограмма	1–2				
		Антропометрия (масса тела, длина тела)	1–2				
		Биохимическое исследование крови: мочевина, креатинин, электролиты (К, Na, Са), АлАТ, АсАТ	1–2				

утратило силу

Приложение 3
утратило силу

Приложение 4
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
19.05.2005 № 274

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ диагностики и лечения больных с ревматическими заболеваниями

Диагностика и лечение больных при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
		Диагностика			Лечение		
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7	8
Острая ревматическая лихорадка (I00–I04)	Районный уровень (далее – РУ), межрайонный уровень (далее – МУ), городской уровень (далее – ГУ)	Общий ан. крови	1		Обязательная госпитализация в терапевтические или ревматологические отделения стационара	1–3 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1				
		Биохимическое исследование крови: С-реактивный белок (далее – СРБ)	1				
		Иммунологическое исследование крови: титры (далее – МУ), антистрептолизина О (далее – АСЛ-О)	1				
Острая ревматическая лихорадка (после стационарного курса лечения) (I00–I04)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови	1/10 дн	Биохимическое исследование крови:	Продолжение терапии стационарного этапа: нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (далее – НПЛС) – ибупрофен 1200–1600 мг/сут, диклофенак – 75–100 мг/сут до стойкой нормализации лабораторных показателей;	До 2 месяцев До 5 лет	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/10 дн	электролиты (К, Na, Cl),			
		Биохимическое исследование крови: СРБ	1/2 нед.	общий белок и его фракции,			
		Иммунологическое исследование крови: титры АСЛ-О ЭКГ	1/2 нед. 1	креатинфосфокиназа (далее – КФК), мочевины, креатинин, билирубин Эхокардиограмма (далее – Эхо-КГ)			

					при высокой активности, панкардите: преднизолон – постепенное снижение дозы, назначенной в стационаре (2,5–5 мг 1 раз в 5–7 дней), до полной отмены Профилактика рецидивов: Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД в/м 1 раз в 3 недели до 20-летнего возраста или в течение 5 лет после атаки		
Хроническая ревматическая болезнь сердца: пороки митрального и аортального клапанов – изолированные, сочетанные, комбинированные (I05–I08.9)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: альфа 1-кислый гликопротеин (серомукоид), билирубин, мочевины, креатинин, СРБ Иммунологическое исследование крови: титры АСЛ-О ЭКГ Рентгенография (далее – R-графия) органов грудной полости Эхо-КГ Консультация: оториноларинголога, стоматолога	2 р/год	Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na, Cl), общий белок и его фракции Показатели состояния гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (далее – АЧТВ), протромбиновый индекс (далее – ПТИ), фибриноген, тромбиновое время (далее – ТВ)	В зависимости от вида порока сердца, степени декомпенсации порока, нарушений ритма, сердечной недостаточности: Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (далее – АПФ): каптоприл 25–75 мг/сут или эналаприл 5–20 мг/сут внутри постоянно Бета-адреноблокаторы: Метопролол 25–50 мг/сут постоянно Сердечные гликозиды: дигоксин 0,25–0,375 мг/сут внутри Диуретики: гидрохлортиазид 25–100 мг/сут внутри или фуросемид 40–80 мг/сут внутри утром, спиронолактон 25–100 мг/сут внутри; нитраты при острой левожелудочковой недостаточности: изосорбида мононитрат 20–40 мг/сут внутри, изосорбида динитрат 10–40 мг/сут внутри Антиаритмические средства (по показ.)	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

При протезированных
клапанах сердца,
мерцательной аритмии –
антикоагулянты непрямого
действия под контролем
международных
нормализованных
отношений (далее – МНО)
Профилактика вторичного
инфекционного эндокардита
Стоматологические,
оральные, респираторные и
эзофагальные процедуры:
пациенты без аллергии к
пенициллину
Амоксициллин 2,0 г внутрь
за 1 час до манипуляции,
при невозможности приема
через рот – амоксициллин
или ампициллин 2,0 г в/в за
30–60 минут до
манипуляции
Пациенты с аллергией к
пенициллину: азитромицин
500 мг за 1 час до
процедуры.
Процедуры на желудочно-
кишечном и мочеполовом
трактах:
Пациенты без аллергии к
пенициллину, входящие в
группу высокого риска –
ампициллин или
амоксициллин 2 г в/в +
гентамицин 1,5 мг/кг в/в
За 30–60 минут до
процедуры, через 6 часов –
ампициллин или
амоксициллин 1 г внутрь
Пациенты без аллергии к
пенициллину, входящие в
группу умеренного риска –
ампициллин или
амоксициллин 2 г в/в за 30–
60 минут до процедуры, или
амоксициллин 1 г внутрь за

	ОУ, Респ. У	То же		То же	1 час до процедуры Пациенты с аллергией к пенициллину, входящие в группу высокого риска – ванкомицин 1 г в/в за 1–2 часа до процедуры + гентамицин 1,5 мг/кг в/в или в/м То же + При протезированных клапанах сердца, мерцательной аритмии – по показаниям – варфарин 2,5–7,5 мг под контролем международных нормализованных отношений (далее – МНО) Пациенты с аллергией к пенициллину: клиндамицин 600 мг		
Реактивные артропатии (M02)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови (сначала 1 раз/нед., затем 1 р/мес.) Общий ан. мочи (сначала 1 раз/нед., затем 1 р/мес.) Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, АсАТ, АлАТ, глюкоза, СРБ Комплексное исследование на хламидийную инфекцию (МУ, ГУ) Посев кала на дизентерию, сальмонеллез, иерсиниоз (при наличии энтероколита) Определение титра антител в сыворотке крови к иерсиниям, боррелиям (МУ, ГУ) Консультация: венеролога, инфекциониста	1 1 1 1 1	R-грамма илеосакрального сочленения Фиброгастроуденоскопия (далее – ФГДС) УЗИ почек, предстательной железы Консультация: офтальмолога, гинеколога	Антибиотики, действующие внутриклеточно (доксциклин 0,1–0,2 г/сут, азитромицин 0,5–1 г/сут, офлоксацин 800 мг/сут внутрь) Индометацин или диклофенак по 100–150 мг/сут внутрь Сульфасалазин 2 г/сут по назначению ревматолога Лечебная физкультура (далее – ЛФК), массаж Физиотерапия (далее – ФТ) (по показ.): электро-, бальнео-, ультразвуколазеротерапия курсами № 7–10 сеансов	До выздоровления	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Болезнь Рейтера (M02.3)							
Ревматоидный артрит серопозитивный (M05–05.9)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови (по показ., не реже 1 раза в 3 мес.) Общий ан. мочи (по показ., не реже 1 раза в 3 мес.) Биохимическое исследование крови: общий белок, билирубин, аланинаминотрансфераза (далее – АсАТ), аспаратаминотрансфераза (далее – АлАТ), глюкоза, СРБ Иммунологическое исследование крови: определение ревматоидного фактора	1/год 1	Исследование синовиальной жидкости Биохимическое исследование крови: мочевины, к-та Определение LE-клеток	Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (диклофенак 100–150 мг/сут, или индометацин 100–150 мг/сут или ибупрофен 1200–2400	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Другие ревматоидные							

артриты (M06–06.9)	R-графия наиболее пораженных суставов	1/год	<p>мг/сут внутрь) Препараты базисной терапии: метотрексат 7,5–20 мг/нед. или пеницилламин 250–750 мг/сут, или сульфасалазин 1,5–2 г/сут, или гидроксихлорохин 200 мг/сут Глюкокортикоиды (метилпреднизолон 4–16 мг/сут внутрь, преднизолон 5–30 мг/сут внутрь, бетаметазон 1 мл в/суставно, метилпреднизолон 40–80 мг в/суставно) по показаниям ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7–10</p>			
Ревматоидный артрит серопозитивный (M05–05.9)	РУ, МУ	<p>Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: общий белок, билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, СРБ R-графия наиболее пораженных суставов Иммунологическое исследование крови: определение ревматоидного фактора</p>	<p>1/мес. Исследование синовиальной жидкости 1/мес. 1/год Биохимическое исследование крови: 1/год мочеваая к-та 1/год Определение LE-клеток</p>	<p>НПЛС: диклофенак 100–150 мг/сут или индометацин 100–150 мг/сут, или ибупрофен 1200–2400 мг/сут Препараты базисной терапии: метотрексат 7,5–20 мг/нед. или пеницилламин 250–750 мг/сут, или сульфасалазин 1,5–2 г/сут, или гидроксихлорохин 200 мг/сут Глюкокортикоиды (метилпреднизолон 4–16 мг/сут внутрь, преднизолон 5–30 мг/сут внутрь, бетаметазон 1 мл в/суставно, метилпреднизолон 40–80 мг в/суставно) ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7–10 сеансов</p>	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Другие ревматоидные артриты (M06–06.9)						

Псориазные и РУ, МУ энтеропатические артриты (М07)	<p>Общий ан. крови (по показ., не реже 2 р/год, при обострении не реже 1 раза в 2 нед.)</p> <p>Общий ан. мочи (по показ., не реже 2 р/год, при обострении не реже 1 раза в 2 нед.)</p> <p>Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, АсАТ, АлАТ, глюкоза, СРБ</p> <p>Р-грамма наиболее пораженных суставов и (или) отделов позвоночника</p>	1	<p>Биохимическое исследование крови: определение содержания мочево́й к-ты в крови</p> <p>Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор</p> <p>Посев кала на дизентерию, сальмонеллез, иерсиниоз</p> <p>Определение титра антител в сыворотке крови к иерсиниям</p> <p>Р-грамма илеосакрального сочленения</p> <p>ФГДС</p> <p>Консультация: дерматолога, инфекциониста</p>	<p>Индометацин или диклофенак по 100–150 мг/сут</p> <p>Продолжать прием метотрексата 7,5 мг/нед. или сульфасалазина 2 г/сут</p> <p>Преднизолон 2,5–15 мг/сут внутрь в поддерживающей дозе, если больной принимает его после выписки из стационара</p> <p>Фолиевая кислота 5 мг/сут при приеме метотрексата</p> <p>ЛФК, массаж</p> <p>ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7–10 сеансов</p>	До купирования обострения	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Подагра (М10–М10.9)	<p>Общий ан. крови (1 раз/мес. по показ.)</p> <p>Общий ан. мочи (1 раз/мес. по показ.)</p> <p>Биохимическое исследование крови: мочево́я кислота, мочеви́на, креатинин, СРБ</p> <p>Суточная экскреция мочево́й кислоты</p> <p>Р-графия пораженных суставов</p>	1/6 мес.	<p>Ан. мочи по Нечипоренко</p> <p>УЗИ почек</p>	<p>Диета с ограничением продуктов, богатых пуриновыми основаниями, достаточный объем жидкости 2–2,5 л/сут при отсутствии противопоказаний</p> <p>Острый приступ: НПЛС: диклофенак 150–200 мг/сут внутрь или индометацин до 200 мг/сут, при непереносимости – мелоксикам в/м 15 мг</p> <p>При наличии факторов риска НПЛС-гастропатии – омепразол 20 мг утром до еды или Преднизолон 0,5 мг/кг в первый день с последующим снижением дозы на 5 мг каждый последующий день</p> <p>Хроническая подагра – длительное лечение</p> <p>Диета с ограничением продуктов богатых пуриновыми основаниями,</p>	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

					<p>достаточный объем жидкости 2–2,5 л/сут при отсутствии противопоказаний, отказ от алкоголя, нормализация массы тела</p> <p>Аллопуринол начальная доза 50–100 мг/сут с титрованием до нормализации уровней уратов в среднем 200–300 мг (максимальная доза 600 мг)</p> <p>НПЛС: диклофенак 75–150 мг/сут в начальный период подбора дозы или при хроническом артрите</p> <p>При наличии факторов риска гастропатии НПЛС – омепразол 20 мг утром до еды</p> <p>ФТ (по показ.): импульсные токи, лазеротерапия, лекарственный электрофорез курсами № 7–10 сеансов</p>		
Полиартроз (M15)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи R-графия пораженных суставов	1 р/год	Биохимическое	НПЛС: диклофенак 75–150 мг/сут или ибупрофен 800–1200 мг/сут до купирования обострения	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Коксартроз (M16)			1 р/год	исследование крови: СРБ, альфа 1-кислый гликопротеин (серомукоид) – для оценки воспалительной реакции; глюкоза – при подозрении на нарушение углеводного обмена; билирубин, АсАТ, АлАТ – при подозрении на патологию печени; мочевина, креатинин – при подозрении на поражение почек	Хондропротекторы (хондроитина сульфат 1000–1500 мг/сут) ФТ (электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия) курсами № 7–10 сеансов (по показ.)		
Гонартроз (M17)			1	ФГДС – при подозрении на язву желудка и 12-перстной кишки, гастропатию	ЛФК Массаж прилегающих групп мышц		
	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови (по показ., не реже 2 р/год) Общий ан. мочи (по показ., не реже 2 р/год)		Эхо-КГ Допплерография	Преднизолон 15–30 мг/сут или метилпреднизолон 12–	Постоянно	Улучшение состояния

Неспецифический аортоартериит (М30)	Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, креатинин, АЛАТ, АсАТ, глюкоза, общий белок, СРБ, протеинограмма ЭКГ	2/год 1/год	бранхиоцефальных сосудов и брюшного отдела аорты УЗИ органов брюшной полости R-скопия или R-графия органов грудной клетки	24 мг/сут внутрь. По мере уменьшения активности процесса постепенное снижение дозы до минимальной поддерживающей. При подостром и остром течении – метотрексат 7,5–10 мг/нед. Антигипертензивные лекарственные средства: ингибиторы АПФ: эналаприл 10–40 мг/сут; и/или антагонисты кальция: амлодипин 5–10 мг/сут; и/или бета-адреноблокаторы: атенолол 50–100 мг/сут и/или диуретики: гидрохлортиазид 25–50 мг/сут Госпитализация при клинических признаках обострения процесса или ухудшении лабораторных параметров	Стабилизация Ремиссия
Узелковый полиартериит (М30.0)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, креатинин, АсАТ, АЛАТ, глюкоза, общий белок, протеинограмма, СРБ ЭКГ	2/год Эхо-КГ 2/год УЗИ органов брюшной полости 2/год R-графия органов грудной клетки 1/год ФГДС Радиоизотопная ренография (далее – РРГ) Иммунологическое исследование крови: антиген вируса гепатита В (далее – HBs Ag)	Преднизолон 20–40 мг/сут, (метилпреднизолон 16–40 мг/сут) с постепенным снижением дозы при нормализации клинико-лабораторных показателей до поддерживающей. При не гепатит-ассоциированном варианте – циклофосфамид 1–2 мг/кг/дн внутрь или азатиоприн 100–150 мг/дн внутрь или метотрексат 7,5–10 мг/нед. внутрь Антигипертензивные лекарственные средства: ингибиторы АПФ: эналаприл 10–40 мг/сут; и/или антагонисты кальция: амлодипин 5–10 мг/сут;	Постоянно Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

						и/или бета-адреноблокаторы: атенолол 50–100 мг/сут; и/или диуретики: гидрохлортиазид 25–50 мг/сут) Антиагреганты (дипиридамола – 150–200 мг/сут, пентоксифиллин 600–800 мг/сут) Госпитализация при клинико-лабораторном ухудшении состояния		
Гранулематоз Вегенера (M31.3)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, общий белок, СРБ протеинограмма ЭКГ	2/год 2/год 2/год 1/год	R-графия придаточных пазух носа R-графия органов грудной клетки РРГ УЗИ органов брюшной полости ФГДС Эхо-КГ	Преднизолон (30–60 мг/сут) или метилпреднизолон 24–48 мг/сут внутрь; циклофосфамид 1–1,5 мг/кг/сут внутрь. По мере уменьшения активности процесса постепенное снижение дозы до минимальной поддерживающей Азатиоприн 100–150 мг/сут внутрь или Метотрексат 7,5–12,5 мг/нед. внутрь Госпитализация при ухудшении лабораторных показателей и/или клинических признаках обострения процесса (одышка, кашель, кровохарканье, повышение t°, отеки и др.)	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия	
Системная красная волчанка (M32–M32.9)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови (по показ., не реже 1 раза в 3 мес.) Общий ан. мочи (по показ., не реже 1 раза в 3 мес.) Биохимическое исследование крови: мочевины, глюкоза, АсАТ, АлАТ, общий белок, СРБ, протеинограмма ЭКГ R-графия органов грудной клетки	2/год 1/год 1/год	Определение LE-клеток Иммунологическое исследование крови: антитела к ДНК, комплементу Эхо-КГ РЭГ Электроэнцефалограмма (далее – ЭЭГ) УЗИ органов брюшной полости	Преднизолон 10–60 мг/сут (метилпреднизолон 8–48 мг) внутрь По мере снижения активности процесса доза препарата постепенно снижается до минимальной поддерживающей (преднизолон 2,5–15 мг/сут, метилпреднизолон 2–12 мг/сут)	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия	

				РРГ ФГДС R-графия суставов	Доза глюкокортикоидных лекарственных средств зависит от степени активности (1-я ст. активности – преднизолон 15–25 мг/сут, 2-я ст. активности – 25–40 мг/сут, 3-я ст. активности – 40–60 мг/сут), характера течения заболевания (хроническое течение: преднизолон 15–30 мг/сут; подострое течение – 30–40 мг/сут; острое течение – 40–80 мг/сут) и вида висцеральных поражений (максимальные дозы при поражении ЦНС и почек) Гидроксихлорохин 0,2–1 г/сут внутрь или Азатиоприн 100–150 мг/сут внутрь или Метотрексат 7,5–15 мг/нед. Медикаментозное лечение проводится постоянно Симптоматическое лечение. Госпитализация при клинико-лабораторных признаках обострения процесса		
Полимиозит (М33.2)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови (по показ., в период обострения не реже 1 р/мес., затем 2 р/год) Общий ан. мочи (по показ., в период обострения не реже 1 р/мес., затем 2 р/год) Биохимическое исследование крови: АсАТ, АлАТ, мочевины, билирубин, СРБ ЭКГ R-скопия органов грудной клетки с контрастированием пищевода	1 2/год 1/год 1	ФГДС УЗИ органов брюшной полости Консультация: невропатолога, гинеколога	Преднизолон (метилпреднизолон) 30–40 мг/сут при возможности снижение дозы до минимальной поддерживающей Метотрексат 7,5–15 мг/нед. внутрь, поливитамины	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Системный склероз (М34–34.9)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, глюкоза, СРБ ЭКГ R-графия органов грудной клетки	1 1 1 1 1	ФГДС – при подозрении на рефлюкс-эзофагит, язву желудка и 12-перстной кишки, гастропатию R-графия с контрастированием	1. Пеницилламин 250–750 мг/сут 2. Антагонисты кальция: нифедипин 30–60 мг/сут (или амлодипин 5–10 мг/сут, дилтиазем 60–360	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

				пищевода Эхо-КГ УЗИ органов брюшной полости Реовазография	мг/сут) Пентоксифиллин 300–800 мг/сут, дипиридамол 150– 300 мг/сут Ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5–100 мг/сут, эналаприл 5–40 мг/сут) 3. Преднизолон 5–20 мг/сут или метилпреднизолон 4–16 мг/сут внутрь 4. При суставном синдроме – диклофенак 75– 150 мг/сут или ибупрофен 600–800 мг/сут 5. При патологии пищевода – метоклопрамид 30–40 мг/сут, омепразол 20– 40 мг/сут 6. ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия курсами № 7–10 сеансов		
Сухой синдром [Шегрена] (M35)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови (по показ., не реже 1 р/год) Общий ан. мочи (по показ., не реже 1 р/год) Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевина, билирубин, АсАТ, АлАТ Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор УЗИ органов брюшной полости ФГДС R-грамма органов грудной клетки Консультация: офтальмолога, стоматолога	1 1 1 1 1 1 1	Кровь на маркеры вирусного гепатита УЗИ щитовидной железы Кровь на содержание трийодтиронина (далее – Т ₃), тироксина (далее – Т ₄) свободного, тиреотропного гормона (далее – ТТГ), антител к ТТГ Протеинограмма Консультация: эндокринолога, гинеколога Консультация: онколога, гематолога при лимфаденопатии	Глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон, метилпреднизолон) в дозе 5–30 мг/сут в зависимости от активности процесса Гидроксихлорохин 200–400 мг/сут В малой дозе, назначенной в стационаре, циклофосфамид или хлорбутин, азатиоприн При суставном синдроме – НПЛС: диклофенак 100–150 мг/сут Местная терапия у стоматолога и офтальмолога Сосудорегулирующая и другая симптоматическая терапия – по показ. ЛФК, массаж	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Другие перекрестные синдромы (смешанное)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, КФК, АсАТ, АлАТ, СРБ	1/мес. 1/мес. 1/3мес.	Реовазограмма кистей и предплечий	Преднизолон 5–30 мг/сут (метилпреднизолон 4–24 мг/сут) в зависимости от активности процесса.	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

заболевание соединительной ткани) (M35.1)		Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1/3мес.		При суставном синдроме НПЛС (диклофенак 150 мг/сут, или ибупрофен до 2400 мг/сут) Лекарственные средства, улучшающие микроциркуляцию: пентоксифиллин 300–800 мг/сут, нифедипин длительного действия 30–60 мг/сут, курсами по 6–8 нед., 3–4 курса в год Гидроксихлорохин 0,2 г/сут или метотрексат 7,5–15 мг/сут длительно		
		ЭКГ	1				
		R-графия органов грудной клетки	1				
		R-графия кистей	1				
Ревматическая полимиалгия (M35.3)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови (по показ., в период обострения не реже 1 раза в 3 нед.)	1	R-графия шейного отдела позвоночника	Преднизолон 5–30 мг/сут (метилпреднизолон 4–24 мг/сут)	Длительно, годами	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи (по показ., в период обострения не реже 1 раза в 3 нед.)	1	Ректороманоскопия			
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, СРБ	1	УЗИ щитовидной железы			
		ФГДС	1	Консультация невропатолога			
		ЭКГ	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		R-графия органов грудной клетки	1				
		Консультация гинеколога	1				
Рецидивирующий панникулит Вебера-Крисчена (M35.6)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови	1/2 мес.	УЗИ органов брюшной	Преднизолон 5–20 мг/сут (метилпреднизолон 4–16 мг/сут) длительно При болевом синдроме дополнительно индометацин или диклофенак по 100–150 мг/сут	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/2 мес.	полости			
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, СРБ, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, билирубин, амилаза	1	R-графия органов грудной клетки			
		ЭКГ	1				
Анкилозирующий спондилит (M45)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови	1/3 мес.	ФГДС	Индометацин 50–150 мг/сут, или диклофенак 100–150 мг/сут Метотрексат 7,5 мг/нед. или сульфасалазин 2 г/сут, назначенные в стационаре ЛФК Массаж мышц спины ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-,	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/3 мес.	R-графия пояснично-крестцового отдела позвоночника			
		Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевины, креатинин, СРБ	1	Комплексное исследование на хламидии			
		ЭКГ	1	Консультация: офтальмолога, венеролога, уролога			
		R-графия илеосакрального сочленения	1				
		R-графия органов грудной клетки	1				

Диагностика и лечение больных при оказании стационарной медицинской помощи

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
		Диагностика			Лечение		
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7	8
Острая ревматическая лихорадка (I00–04)	МУ, ГУ	Общий ан. крови	1/10 дн	Биохимическое	Бензилпенициллин 2–6 млн. ЕД/сут в/м или ампициллин 4–6 г/сут в/м, или эритромицин 400–600 мг/сут в/в или 1,0 г/сут внутрь – 7–10 дн. После окончания антибиотикотерапии при отсутствии аллергии к пенициллинам профилактика рецидивов: бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД в/м 1 раз в 3 недели НПЛС: ибупрофен 800–1200 мг/сут, диклофенак – 100–150 мг/сут При остром течении, высокой активности, панкардите: преднизолон 20–30 мг/сут, постепенное снижение дозы, (2,5–5 мг 1 раз в 5–7 дней) При наличии факторов риска НПЛС-гастропатии – омепразол 20 мг утром до еды	21 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/10 дн	исследование крови:			
		Биохимическое исследование крови: СРБ	1/10 дн	общий белок, мочевины,			
		Иммунологическое исследование крови: титр АСЛ-О	1/нед.	билирубин, АсАТ, АлАТ			
		ЭКГ	1				
Эхо-КГ	1						
Острая ревматическая лихорадка (I00–04)	Областной уровень (далее – ОУ), Республиканский уровень (далее – Респ. У)	Общий ан. крови	1/10 дн	Биохимическое	Бензилпенициллин 2–6 млн. ЕД в сутки в/м или ампициллин 4–6 г/сут в/м, или эритромицин 400–600 мг/сут в/в или 1 г/сут внутрь, или линкомицин	21 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/10 дн	исследование крови:			
		Биохимическое исследование крови: общий белок и фракции, альфа 1-кислый гликопротеин (серомукоид), СРБ	1/10 дн	электролиты (Са, Na, К, Cl) мочевины,			
		Иммунологическое исследование крови: титры АСЛ-О	1/10 дн	креатинин, билирубин,			
		ЭКГ	1	АсАТ, АлАТ, КФК,			

		Эхо-КГ		1	ЛДГ, титры антител к полисахариду	600–900 мг/сут в/м		
		R-графия грудной клетки		1	стрептококков группы А	После окончания антибиотикотерапии при отсутствии аллергии к пенициллинам		
					Экспресс-методы диагностики стрептококковой инфекции, титры антител к фосфолипидам – антитела к кардиолипину, волчаночному антикоагулянту, антитела к β -2 гликопротеину-1, чреспищеводное Эхо-КГ	профилактика рецидивов: бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ЕД в/м 1 раз в 3 недели НПЛС – ибупрофен 800–1200 мг/сут, диклофенак – 75–100 мг/сут При остром течении, высокой активности, панкардите: преднизолон 20–30 мг/сут, постепенное снижение дозы, (2,5–5 мг 1 раз в 5–7 дней) При наличии факторов риска НПЛС-гастропатии – омепразол 20 мг утром до еды		
Хроническая ревматическая болезнь сердца (I05–I08)	РУ, МУ, ГУ	Контроль массы тела больного Общий ан. крови Общий ан. мочи Контроль суточного диуреза Биохимическое исследование крови: СРБ, билирубин, мочевины, АсАТ, АлАТ ЭКГ R-графия органов грудной клетки Эхо-КГ		1 1 1 1 1 1 1 1	Биохимическое исследование крови: общий белок ПТИ Тест 6-минутной ходьбы	В зависимости от вида порока сердца, степени компенсации, наличия сердечной недостаточности Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (далее – АПФ): каптоприл 25–75 мг/сут или эналаприл 5–20 мг/сут внутри Сердечные гликозиды: дигоксин 0,25–0,375 мг/сут внутри, по показаниям в/в Диуретики: гидрохлортиазид 25–100 мг/сут внутри или фуросемид 40–80 мг/сут внутри утром, спиронолактон 25–100 мг/сут внутри, по показаниям диуретики в/в нитраты при застое в малом круге кровообращения: изосорбида мононитрат 20–	14 сут (10–16)	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

	ОУ, Респ. У	То же		То же	40 мг/сут или изосорбида динитрат 10–40 мг/сут; антиаритмические средства (по показ.) При протезированных клапанах сердца, мерцательной аритмии – антикоагулянты непрямого действия под контролем МНО То же + Бета-адреноблокаторы: бисопролол 2,5–5 мг/сут внутрь (консилиум) При протезированных клапанах сердца, мерцательной аритмии – по показаниям – варфарин 2,5–7,5 мг под контролем МНО (консилиум)		
Реактивные артропатии (M02)	РУ, МУ ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Анализ мочи по Нечипоренко, трехстаканная проба	2 2 1	Исследование сыворотки крови на наличие антител к иерсиниям	Диклофенак или индометацин по 100–150 мг/сут	16–18 сут	Улучшение состояния Стабилизация
Болезнь Рейтера (M02.3)		Биохимическое исследование крови: СРБ, мочевины общий белок, билирубин Посев кала на дизентерию, сальмонеллез Комплексное исследование на хламидии Консультация: инфекциониста, венеролога	1 1 1 1	УЗИ органов брюшной полости Ректороманоскопия	Антибиотикотерапия: доксициклин 0,2–0,3 г, азитромицин 1 г в первый день, далее по 0,5 г/сут, офлоксацин по 0,4 2 р/дн., ципрофлоксацин по 0,5 2-3 р/сут Сульфасалазин по 2 г/сут при постэнтероколитических артритах ЛФК, массаж ФТ (по показ.): электро-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия № 7–10 сеансов		Ремиссия
Реактивные артропатии (M02)	ОУ, Респ. У	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, АсАТ, АлАТ, мочевины, общий белок, протеинограмма, СРБ	2 2 1	Сцинтиграфия костно-суставной системы Компьютерная томография (далее – КТ) или	Диклофенак по 100–150 мг/сут, при наличии противопоказаний – мелоксикам 15 мг в/м ежедневно	16–18 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

		Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1	Магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) костно-суставной системы	Глюкокортикостероиды (метилпреднизолон 40–80 мг на инъекцию в/суставно периартикулярно)		
		Исследование сыворотки крови на наличие антител к иерсиниям, антител к борелиям	1	Колоноскопия	Антибиотикотерапия:		
		Комплексное исследование на хламидии	1	ФГДС	доксидиклин 0,2–0,3 г или азитромицин 1 г в первый день, далее по 0,5 г/сут, или офлоксацин по 0,4 2 р/дн., ципрофлоксацин по 0,5 2–3 р/сут		
		R-грамма илеосакральных сочленений	1		Сульфасалазин по 2 г/сут при постэнтероколитических артритах		
		Исследование синовиальной жидкости	1		ЛФК, массаж		
		Посев кала на дизентерию, сальмонеллез	1		ФТ (по показ.): электро-, бальнео-, ультра-, звуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов		
		УЗИ брюшной полости	1				
		Консультация: инфекциониста, венеролога, офтальмолога	1				
Ревматоидный артрит серопозитивный (M05)	Респ. У	Общий ан. крови	1/10 дн	Биохимическое исследование крови:	НПЛС (диклофенак или индометацин по 100–150 мг/сут, или ибупрофен 1200–2400 мг/сут) внутрь или в/м. При наличии противопоказаний – мелоксикам 15 мг/сут в/м	18 сут	Улучшение состояния
		Общий ан. мочи	1/10 дн	Определение LE-клеток			Стабилизация
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, СРБ	1	Иммунологическое исследование крови:	Медленно действующие лекарственные средства к двуспиральной ДНК) (метотрексат 7,5–20 мг/нед., или пеницилламин 500–750 мг/сут, сульфасалазин 1,5–2 г/сут, гидроксихлорохин 200–400 мг внутрь)		Ремиссия
		Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1	аутоантитела (антинуклеарные, антицитоплазматические)	При неэффективности – инфликсимаб (по решению консилиума) по схеме в/в капельно		
Другие ревматоидные артриты (M05.9)		R-графия наиболее пораженных суставов	1	Исследование синовиальной жидкости	Глюкокортикоиды (метилпреднизолон 4–16 мг/сут внутрь, преднизолон 5–30 мг/сут внутрь, бетаметазон 1 мл в/суставно, метилпреднизолон 40–80 мг в/суставно)		
					Пульс-терапия		

				метилпреднизолоном по 1000 мг в/в ежедневно № 3 (по показ.) Плазмаферез (по показ.) ФТ: фонофорез гидрокортизона, электрофорез импульсными токами, лазеротерапия и др. Массаж мышечных групп		
Псориатические и РУ, МУ, ГУ энтеропатические артропатии (М07)	Общий ан. крови	2	Р-грамма	Индометацин или диклофенак по 100–150 мг/сут длительно, при наличии противопоказания (язва желудка или 12-перстной кишки) – мелоксикам 15 мг/сут в/м При максимальной активности преднизолон (метилпреднизолон) 10–20 мг/сут с постепенным выходом на поддерживающую дозу При псориатической артропатии: метотрексат по 7,5–15 мг/нед. или сульфасалазин 2 г/сут по назначению ревматолога ЛФК, массаж ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов	14–16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	Общий ан. мочи	2	илеосакральных сочленений			
	Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, общий белок, СРБ	1	Посев кала на дизентерию, сальмонеллез			
	Р-графия наиболее пораженных суставов	1	Консультация: инфекциониста, дерматолога, офтальмолога			
ОУ	Общий ан. крови	2	Р-грамма	Индометацин или диклофенак по 100–150 мг/сут длительно, при наличии сопутствующей язвы желудка или 12-перстной кишки – мелоксикам 15 мг в/м ежедневно При максимальной активности преднизолон (метилпреднизолон) 10–20 мг/сут внутрь проведение пульс-терапии метилпреднизолоном в дозе	14–16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	Общий ан. мочи	2	илеосакральных сочленений			
	Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, АсАТ, АлАТ, альфа 1-кислый гликопротеин (серомукоид), мочевины, кислота, общий белок, протеинограмма, СРБ	1	Исследование сыворотки крови на наличие антител к иерсиниям			
	Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1	Комплексное исследование на хламидии			
	Посев кала на дизентерию, сальмонеллез	1	Исследование антител к боррелиям			
	Р-графия наиболее пораженных суставов	1	УЗИ брюшной полости			
	ФГДС	1	Сцинтиграфия костно-			
	Колоноскопия	1				
	Исследование синовиальной жидкости	1				
	Консультация: инфекциониста, дерматолога, офтальмолога	1				

			суставной системы КТ или МРТ пораженных суставов	1000 мг/сут или циклофосфамидом 1000 мг однократно При псориатической артропатии: метотрексат по 7,5–15 мг/нед. длительно или сульфасалазин 2 г/сут в качестве базисной терапии ЛФК, массаж ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов		
Псориатические и Респ. У энтеропатические артропатии (M07)	Общий ан. крови	2	Исследование	Индометацин или	18 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	Общий ан. мочи	2	сыворотки крови на	диклофенак по 100–150		
	Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, АсАТ, АлАТ, мочевая кислота, общий белок, протеинограмма, СРБ	1	наличие антител к иерсиниям, антител к боррелиям	мг/сут длительно; при наличии противопоказаний (язва желудка или 12- перстной кишки) –		
	Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1	УЗИ брюшной полости	перстной кишки) – мелоксикам 15 мг/сут в/м		
	R-графия наиболее пораженных суставов	1	ФГДС	При максимальной		
	R-грамма илеосакральных сочленений	1	Комплексное	активности – преднизолон		
	Колоноскопия	1	исследование на	(метилпреднизолон) 10–20		
	Исследование синовиальной жидкости	1	хламидии	мг/сут		
	Посев кала на дизентерию, сальмонеллез	1	Сцинтиграфия костно- суставной системы	По показаниям – пульс- терапия		
	Консультация: инфекциониста, дерматолога, офтальмолога	1	КТ или МРТ костно- суставной системы	метилпреднизолоном в дозе 1000 мг/сут № 3 и (или) циклофосфамидом, плазмаферез Базисная терапия при хронизации процесса: метотрексат по 7,5–15 мг/нед. или сульфасалазин по 2 г/сут При неэффективности базисной терапии – инфликсимаб по схеме (по решению консилиума) ЛФК, массаж ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов		

Полиартроз (M15)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Определение глюкозы в крови R-графия пораженных суставов	2 2 1 1	Биохимическое исследование крови: билирубин, АсАТ, АлАТ – при подозрении на патологию печени, мочевины, креатинина – при подозрении на поражение почек ФГДС – при подозрении на язву желудка и 12-перстной кишки, гастропатию	НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут или ибупрофен 600–800 мг/сут, при наличии противопоказаний – мелоксикам по 15 мг в/м) Хондропротекторы (хондроитина сульфат 1000–1500 мг/сут) в дальнейшем амбулаторно длительно ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов ЛФК	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Полиартроз (M15)	ОУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, СРБ R-графия наиболее пораженных суставов	1/нед. 1/нед. 1 1	ФГДС – при подозрении на язву желудка и 12-перстной кишки, гастропатию	1. НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут или ибупрофен 600–800 мг/сут). При наличии противопоказаний – мелоксикам 15 мг в/м ежедневно 2. Хондропротекторы (хондроитина сульфат 1000–1500 мг/сут) в дальнейшем амбулаторно длительно 3. ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов 4. ЛФК 5. Массаж мышц 6. Глубокая рентгенотерапия наиболее пораженного сустава при выраженном болевом синдроме и неэффективности проводимой терапии	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Полиартроз (M15)	Респ. У	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: альфа 1-кислый гликопротеин (серомукоид), глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, креатинина, СРБ	1/нед. 1/нед. 1	ФГДС – при подозрении на язву желудка и 12-перстной кишки	1. НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут или ибупрофен 600–800 мг/сут). При наличии противопоказаний –	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

	R-графия суставов		1		<p>мелоксикам 15 мг в/м ежедневно</p> <p>2. Хондропротекторы (хондроитина сульфат 1000–1500 мг/сут) в дальнейшем амбулаторно длительно</p> <p>3. ФТ (электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия)</p> <p>4. ЛФК</p> <p>5. Массаж прилегающих групп мышц</p> <p>6. Дистанционная гамматерапия при выраженном болевом синдроме и неэффективности проводимой терапии</p>		
Коксартроз (M16) РУ, МУ, ГУ	<p>Общий ан. крови</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Определение глюкозы в крови</p> <p>R-графия суставов</p>	<p>1/нед. Биохимическое</p> <p>1/нед. исследование крови:</p> <p>1 билирубин, АсАТ,</p> <p>1 АлАТ – при подозрении на патологию печени, мочевины, креатинин – при подозрении на поражение почек</p> <p>ФГДС – при подозрении на язву желудка или 12-перстной кишки, гастропатии</p>	<p>НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут или ибупрофен 600–2400 мг/сут, при наличии противопоказаний – мелоксикам по 15 мг в/м)</p> <p>Хондропротекторы (хондроитина сульфат 1000–1500 мг/сут) в дальнейшем амбулаторно длительно</p> <p>ФТ (электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия)</p> <p>ЛФК</p>	14 сут	<p>Улучшение состояния</p> <p>Стабилизация</p> <p>Ремиссия</p>		
Коксартроз (M16) ОУ, Респ. У	<p>Общий ан. крови</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Биохимическое исследование крови: альфа 1-кислый гликопротеин (серомукоид), глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, креатинин</p> <p>СРБ</p> <p>R-графия суставов</p>	<p>1/нед. ФГДС – при подозрении на язву желудка или 12-перстной кишки, гастропатию</p> <p>1 КТ или МРТ тазобедренных суставов</p> <p>1 Консультация ортопеда</p>	<p>1. НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут, или ибупрофен 600–2400 мг/сут, при наличии противопоказаний – мелоксикам по 15 мг в/м)</p> <p>2. Хондропротекторы (хондроитина сульфат 1000–1500 мг/сут) в дальнейшем амбулаторно длительно</p> <p>3. ФТ (электро-, тепло-,</p>	14 сут	<p>Улучшение состояния</p> <p>Стабилизация</p> <p>Ремиссия</p>		

Гонартроз (M17) РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Определение глюкозы в крови R-графия суставов	1/нед.	Биохимическое	НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут или ибупрофен 600–2400 мг/сут)	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		1/нед.	исследование крови: билирубин, АсАТ, АлАТ – при подозрении на патологию печени, мочевины, креатинин – при подозрении на поражение почек			
ОУ, Респ. У	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: СРБ, глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины СРБ R-графия пораженных суставов	1	ФГДС – при подозрении на язву желудка или 12-перстной кишки, гастропатию	Хондропротекторы (хондроитина сульфат 1000–1500 мг/сут) в дальнейшем амбулаторно длительно	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		1	ФТ (электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия) ЛФК			
		1/нед.	ФГДС – при подозрении на язву желудка или 12-перстной кишки, гастропатию	1. НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут, ибупрофен 600–2400 мг/сут; при наличии противопоказаний – мелоксикам 15 мг в/м) 2. Хондропротекторы (хондроитина сульфат 1000–1500 мг/сут), в дальнейшем амбулаторно длительно	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		1/нед.	КТ или МРТ при неясности характера поражений суставов Консультация ортопеда			
		1		3. При необходимости в/суставно хондроитина сульфат по 1 мл 2 р/нед. 4. При выраженном реактивном синовите – однократное в/суставное введение глюкокортикоидов пролонгированного действия (бетаметазон 0,5–1 мл, метилпреднизолон 20–40 мг, триамцинолон 20–40 мг)		

				мг) 5. ФТ (электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия) 6. ЛФК 7. Массаж мышц бедер, голеней 8. Дистанционная гамматерапия – при выраженном болевом синдроме, неэффективности проводимой терапии и невозможности протезирования		
Неспецифический РУ, МУ аортоартериит (М30)	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевиная, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза СРБ ЭКГ	1/нед. 1/нед. 1 1	Эхо-КГ УЗИ органов брюшной полости Р-скопия или Р-графия органов грудной клетки	Преднизолон 30–60 мг/сут (метилпреднизолон 24–48 мг/сут) внутрь Антигипертензивные лекарственные средства: ингибиторы АПФ (эналаприл 10–40 мг/сут) и/или антагонисты кальция: амлодипин 5–10 мг/сут; и/или бета-адреноблокаторы: (по показ.) атенолол 50–100 мг/сут; и/или диуретики: гидрохлортиазид 25–50 мг/сут Ацетилсалициловая кислота 80–120 мг/сут	21 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Неспецифический ГУ, ОУ аортоартериит (М30)	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевиная, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, СРБ, общий белок, протеинограмма ЭКГ Эхо-КГ	1/нед. 1/нед. 1 1 1	Ангиография Допплерография бранхиоцефальных сосудов и брюшного отдела аорты УЗИ органов брюшной полости РРГ Р-скопия или Р-графия органов грудной клетки	Преднизолон (метилпреднизолон) 0,5–1 мг/кг/дн. Метотрексат 7,5–10 мг/нед. При тяжелом поражении почек: Циклофосфамид 400–1000 мг/нед. в/в капельно Антигипертензивные лекарственные средства (ингибиторы АПФ, β-блокаторы) по показ.	24 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Респ. У	Общий ан. крови Общий ан. мочи	1/нед. 1/нед.	Эхо-КГ РРГ	Преднизолон (метилпреднизолон) 0,5–1	24 сут	Улучшение состояния

		Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, общий белок, протеинограмма ЭКГ Допплерография брахиоцефальных сосудов и брюшного отдела аорты УЗИ органов брюшной полости	1 1 1 1	ФГДС R-скопия или R-графия органов грудной клетки МРТ дуги или брюшного отдела аорты Ангиография	мг/кг/дн. внутрь с последующим снижением дозы Метотрексат 10–15 мг/нед. внутрь Антигипертензивные лекарственные средства: ингибиторы АПФ (эналаприл 10–40 мг/сут); и/или антагонисты кальция: амлодипин 5–10 мг/сут; и/или бета-адреноблокаторы: атенолол 50–100 мг/сут; и/или диуретики: гидрохлортиазид 25–50 мг/сут) Пульс-терапия: Метилпреднизолон 500–1000 мг в/в капельно 3 дня Циклофосфамид 800–1000 мг 1 р/нед. Хирургическое лечение (по показ.)		Стабилизация Ремиссия
Узелковый полиартериит (M30.0)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, СРБ ЭКГ R-графия органов грудной клетки	1/нед. 1/нед. 1 1 1	ФГДС УЗИ органов брюшной полости Определение уровней ПТИ, АЧТВ, фибриноген	Преднизолон (метилпреднизолон) 1 мг/кг/сут Дипиридамол 150–300 мг/сут Антигипертензивные лекарственные средства по показ.	20 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, СРБ ЭКГ ФГДС R-графия органов грудной клетки	1/нед. 1/нед. 1 1 1 1	УЗИ органов брюшной полости Определение уровней ПТИ, АЧТВ, фибриноген Кровь на маркеры вирусного гепатита В и С РРГ Эхо-КГ Кожно-мышечная биопсия	Преднизолон (метилпреднизолон) 1 мг/кг/сут При негепатит-ассоциированном варианте – циклофосфамид 1–2 мг/кг/сут внутрь По показаниям пульс-терапия: метилпреднизолон 1000 мг в/в капельно 3 дня + циклофосфамид 400–1000 мг в/в однократно	24 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

Узелковый полиартериит (M30.0)	ОУ	<p>Общий ан. крови</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, общий белок, СРБ</p> <p>ЭКГ</p> <p>ФГДС</p> <p>R-графия органов грудной клетки</p>	<p>1/нед.</p> <p>1/нед.</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Определение уровней ПТИ или МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген, ретракция сгустка, фибринолиз</p> <p>Кровь на маркеры вирусного гепатита В и С</p> <p>РРГ</p> <p>Эхо-КГ</p> <p>Кожно-мышечная биопсия</p>	<p>При не гепатит-ассоциированном варианте – преднизолон (метилпреднизолон) 1 мг/кг/сут циклофосфамид 1–2 мг/кг/сут внутрь</p> <p>Пульс-терапия (по показ.)</p> <p>При гепатит-ассоциированном варианте – преднизолон (метилпреднизолон) 0,5–1 мг/кг/дн. внутрь</p> <p>Плазмаферез</p> <p>Антигипертензивные лекарственные средства (ингибиторы АПФ):</p> <p>эналаприл 10–40 мг/сут, и/или антагонисты кальция: амлодипин 5–10 мг/сут; и/или бета-адреноблокаторы: атенолол 50–100 мг/сут; и/или диуретики: гидрохлортиазид 25–50 мг/сут</p>	24 сут	<p>Улучшение состояния</p> <p>Стабилизация</p> <p>Ремиссия</p>
	Респ. У	<p>Общий ан. крови</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, общий белок, СРБ</p> <p>ЭКГ</p> <p>ФГДС</p> <p>R-графия органов грудной клетки</p>	<p>1/нед.</p> <p>1/нед.</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Определение уровней ПТИ или МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген, ретракция сгустка, фибринолиз</p> <p>Кровь на маркеры вирусного гепатита В и С</p> <p>РРГ</p> <p>Эхо-КГ</p> <p>Кожно-мышечная биопсия</p> <p>ЭМГ при нейропатии</p> <p>Артериография</p>	<p>При не гепатит-ассоциированном варианте – преднизолон (метилпреднизолон) 1 мг/кг/сут</p> <p>Циклофосфамид 1–2 мг/кг/сут внутрь</p> <p>Пульс-терапия (по показ.)</p> <p>При гепатит-ассоциированном варианте – преднизолон (метилпреднизолон) 0,5–1 мг/кг/дн. внутрь</p> <p>Плазмаферез</p> <p>Антигипертензивные лекарственные средства (ингибиторы АПФ):</p> <p>эналаприл 10–40 мг/сут; и/или антагонисты кальция: амлодипин 5–10 мг/сут; и/или бета-</p>	24 сут	<p>Улучшение состояния</p> <p>Стабилизация</p> <p>Ремиссия</p>

Гранулематоз Вегенера (M31.3)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови	1/нед.	Эхо-КГ	адреноблокаторы: атенолол 50–100 мг/сут; и/или диуретики: гидрохлортиазид 25–50 мг/сут Преднизолон 30–60 мг/сут (метилпреднизолон 24–48 мг/сут)	20 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.	УЗИ органов брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, общий белок, СРБ	1	Р-графия придаточных пазух носа			
		ЭКГ	1				
		УЗИ органов	1				
		Р-графия органов грудной клетки	1				
Гранулематоз Вегенера (M31.3)	ОУ	Общий ан. крови	1/нед.	Эхо-КГ	Преднизолон 30–60 мг/сут (или метилпреднизолон 24–48 мг/сут) внутрь Циклофосфамид 2 мг/кг/сут внутрь или в/в Пульс-терапия: метилпреднизолон по 1000 мг в/в капельно 3 дня Циклофосфамид 800–1000 мг в/в капельно 1 р/нед. Плазмаферез	20 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.	УЗИ органов брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, протеинограмма, СРБ	1	Р-графия придаточных пазух носа			
		ЭКГ	1	КТ придаточных пазух носа			
		Р-графия органов грудной клетки	1	Биопсия слизистой верхних или нижних дыхательных путей РРГ КТ органов грудной клетки			
Гранулематоз Вегенера (M31.3)	Респ. У	Общий ан. крови	1/нед.	Эхо-КГ	Преднизолон (метилпреднизолон) 1 мг/кг/дн. внутрь Пульс-терапия: метилпреднизолон 1000 мг в/в капельно 3 дня Циклофосфамид 800–1000 мг в/в капельно 1 р/нед. или Метотрексат 10–15 мг/нед. или азатиоприн 100–150 мг/дн. внутрь (в менее тяжелых случаях) Плазмаферез	24 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.	УЗИ органов брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, креатинин, АсАТ, АлАТ, глюкоза, протеинограмма, СРБ	1	КТ придаточных пазух носа			
		Иммунологическое исследование крови: антинуклеарные антитела	1	Биопсия слизистой верхних или нижних дыхательных путей			
		ЭКГ	1	КТ органов грудной клетки			
		Р-графия придаточных пазух носа Р-графия органов грудной клетки	1 1				
Системная красная волчанка (M32–32.9)	РУ, МУ ГУ	Общий ан. крови	1/нед.	Иммунологическое исследование крови: антитела к ДНК Определение уровней ПТИ, АЧТВ, фибриноген	Преднизолон 10–100 мг/сут внутрь, (метилпреднизолон 8–80 мг/сут) Гидроксихлорохин 0,2–0,6 г/сут внутрь или азатиоприн по 100–150 мг/сут	18 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.				
		Биохимическое исследование крови: альфа 1-кислый гликопротеин (серомукоид), мочеви́на, креатинин, АсАТ, АлАТ, общий белок, протеинограмма, глюкоза, СРБ	1				
		Определение LE-клеток	1				

		ЭКГ	1	Эхо-КГ	Доза глюкокортикоидных лекарственных средств зависит от степени активности (1-я ст. активности – преднизолон 15–25 мг/сут, 2-я ст. активности – 25–40 мг/сут, 3-я ст. активности – 40–80 мг/сут), характера течения заболевания: хроническое течение (преднизолон 15–30 мг/сут, подострое течение – 30–40 мг/сут; острое течение – 40–80 мг/сут) и вида висцеральных поражений (максимальные дозы при поражении ЦНС и почек)		
		R-графия органов грудной клетки	1	УЗИ органов брюшной полости ФГДС R-графия суставов	Медикаментозное лечение проводится постоянно		
Системная красная волчанка (M32–32.9)	ОУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, АсАТ, АлАТ, общий белок, протеинограмма, глюкоза, СРБ Определение LE-клеток Иммунологическое исследование крови: антитела к ДНК	1/нед. 1/нед. 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Определение уровней ПТИ или МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген, ретракция сгустка, фибринолиз	Преднизолон (метилпреднизолон 12–80 мг) 15–100 мг/сут внутрь Пульс-терапия (метилпреднизолон по 1000 мг 3 дня подряд) в/в по показ. Гидроксихлорохин 0,2–1 г/сут внутрь или азатиоприн 100–200 мг/сут внутрь Циклофосфамид 200–1000 мг в/в по схеме Гепарин 20 000–30 000 ЕД п/к или в/в под контролем времени свертываемости крови Дипиридамол 150–200 мг/сут внутрь Доза глюкокортикоидных лекарственных средств зависит от степени активности (1-я ст. активности – преднизолон 15–25 мг/сут, 2-я ст. активности – 25–40 мг/сут, 3-я ст. активности –	18 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		ЭКГ	1				
		R-графия органов грудной клетки	1				
		Эхо-КГ	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		РРГ	1				
		ФГДС	1				
		РЭГ	1				
		ЭЭГ	1				

Системная красная волчанка (M32–32.9)	Респ. У	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: мочевина, креатинин, АсАТ, АлАТ, общий белок, протейнограмма, глюкоза, СРБ Иммунологическое исследование крови: антитела к ДНК Определение LE-клеток ЭКГ R-графия грудной клетки Эхо-КГ УЗИ органов брюшной полости РРГ ФГДС РЭГ ЭЭГ	1/нед. 1/нед. 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Иммунологическое исследование крови: антинуклеарные антитела (ANA), анти- (SS-A) анти-тела, анти-La (SS-B) антитела, Sm-антитела и антитела к рибонуклеопротеину (RNP) Определение уровней ПТИ или МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген, ретракция сгустка, фибринолиз	40–80 мг/сут), характера течения заболевания: хроническое течение (преднизолон 15–30 мг/сут, подострое течение – 30–40 мг/сут, острое течение – 40–100 мг/сут) и вида висцеральных поражений (максимальные дозы при поражении ЦНС и почек) Медикаментозное лечение проводится постоянно Плазмаферез (по показ.) Преднизолон (метилпреднизолон 12–80 мг) 15–100 мг/сут внутрь Пульс-терапия (метилпреднизолон по 1000 мг 3 дня подряд) в/в по показ. Гидроксихлорохин 0,2–1 г/сут внутрь или азатиоприн 100–200 мг/сут внутрь Циклофосфамид 200–1000 мг в/в по схеме Гепарин 20 000–30 000 ЕД п/к или в/в под контролем времени свертываемости крови Дипиридамол 150–200 мг/сут внутрь Доза глюкокортикоидных лекарственных средств зависит от степени активности (1-я ст. активности – преднизолон 15–25 мг/сут, 2-я ст. активности – 25–40 мг/сут, 3-я ст. активности – 40–80 мг/сут); характера течения заболевания: хроническое течение (преднизолон 15–30 мг/сут, подострое течение – 30–40 мг/сут, острое течение – 40–100 мг/сут) и вида	18 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
---------------------------------------	---------	---	---	---	--	--------	---

Полиммиозит (М33.2)	РУ, МУ ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: АсАТ, АлАТ, СРБ, мочевины, билирубин ЭКГ R-скопия органов грудной клетки с контрастированием пищевода	1/нед. 1/нед. 1 1 1	ФГДС УЗИ органов брюшной полости Консультация: невропатолога, гинеколога	висцеральных поражений (максимальные дозы при поражении ЦНС и почек) Медикаментозное лечение проводится постоянно Плазмаферез (по показ.) Преднизолон (метилпреднизолон) 1–2 мг на 1 кг массы тела в сутки, при возможности снижение дозы до минимальной поддерживающей Метотрексат 7,5–15 мг/нед. внутрь, постоянно Милдронат внутрь 0,25–4 капс/сут, курсами по 4–6 нед.	18 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	ОУ, Респ. У	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: общий белок, билирубин, АсАТ, АлАТ, КФК, глюкоза, СРБ Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1/нед. 1/нед. 1 1	ФГДС УЗИ органов брюшной полости Электромиография Консультация: невропатолога, гинеколога	Преднизолон (метилпреднизолон) 1–2 мг на 1 кг массы тела в сутки, при возможности снижение дозы до минимальной поддерживающей, при отсутствии эффективности – пульс-терапия метилпреднизолоном Плазмаферез Метотрексат в табл. 7,5–15 мг/нед., постоянно Милдронат внутрь 0,25–4 капс/сут, курсами по 4–6 нед.	18 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
Системный склероз (М34–34.9)	РУ, МУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи	1/нед. 1/нед.	ФГДС – при подозрении на рефлюкс-эзофагит, язву желудка и 12-перстной кишки, НПВС-гастропатию	1. Пеницилламин 250–750 мг/сут 2. Вазоактивные лекарственные средства: нифедипин 30–90 мг/сут, (или амлодипин 5–10 мг/сут, дилтиазем 60–360 мг/сут), пентоксифиллин 300–1200 мг/сут, дипиридамол 150–300	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия

	Биохимическое исследование крови: билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, глюкоза, СРБ	1		мг/сут, ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5–100 мг/сут, эналаприл 5–40 мг/сут) 3. ГКС (преднизолон 5–20 мг/сут или метилпреднизолон 4–16 мг/сут) внутрь		
	ЭКГ	1		4. При суставном синдроме – НПВС (диклофенак 75–150 мг/сут, ибупрофен 600–800 мг/сут), при наличии противопоказаний – мелоксикам по 15 мг в/м		
	R-графия органов грудной клетки, пищевода с контрастированием	1		5. При патологии пищевода – метоклопрамид 30–40 мг/сут, омепразол 20–40 мг/сут 6. ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия		
ГУ, ОУ	Общий ан. крови	1/нед.	ФГДС – при подозрении на рефлюкс-эзофагит, язву желудка и 12-перстной кишки, гастропатию УЗИ органов брюшной полости Изоотопная ренография – при подозрении на патологию почек R-графия кистей	1. Пеницилламин 250–750 мг/сут	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	Общий ан. мочи	1/нед.		2. Вазоактивные лекарственные средства: нифедипин 30–90 мг/сут (или амлодипин 5–10 мг/сут, дилтиазем 60–360 мг/сут), пентоксифиллин 300–1200 мг/сут, дипиридамол 150–300 мг/сут, ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5–100 мг/сут, эналаприл 5–40 мг/сут)		
	Биохимическое исследование крови: протеинограмма, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, глюкоза, СРБ	1		3. Лидаза 64 ЕД № 10 п/к (в/м) ежеквартально		
	ЭКГ	1		4. ГКС (преднизолон 5–20 мг/сут или метилпреднизолон 4–16 мг/сут) внутрь		
	R-графия органов грудной клетки, пищевода с контрастированием	1		5. Пульс-терапия ГКС (метилпреднизолон по 1000 мг в/в № 3 три дня подряд)		
	Эхо-КГ	1		6. Циклофосфамид (в/в 400–800 мг через 7–10 дн. или внутрь 100–200 мг/сут)		
	Ревовазография	1				

Системный склероз (МЗ4–34.9)	Респ. У	Общий ан. крови	1/нед.	ФГДС – при подозрении на рефлюкс-эзофагит, язву желудка и 12-перстной кишки, гастропатию УЗИ органов брюшной полости Изотопная ренография – при подозрении на патологию почек R-графия кистей	7. При суставном синдроме – НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут или ибупрофен 600–800 мг/сут; при наличии противопоказаний – мелоксикам 15 мг в/м) 8. При патологии пищевода – метоклопрамид 30–40 мг/сут, омепразол 20–40 мг/сут 9. ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия 10. Плазмаферез (по показ.)	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.				
		Биохимическое исследование крови: протеинограмма, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, глюкоза, СРБ	1				
		Иммунологическое исследование крови: определение антинуклеарных антител, в т.ч.:	1				
		– к центромере					
		– к Scl-70					
		– к ДНК					
		ЭКГ	1				
		R-графия органов грудной клетки, пищевода с контрастированием	1				
		Эхо-КГ	1				
Реовазография конечностей	1	1. Пеницилламин 250–750 мг/сут 2. Вазоактивные лекарственные средства: нифедипин 30–90 мг/сут (или амлодипин 5–10 мг/сут, дилтиазем 60–360 мг/сут), пентоксифиллин 300–1200 мг/сут, дипиридамол 150–300 мг/сут, ингибиторы АПФ (каптоприл 12,5–100 мг/сут или эналаприл 5–40 мг/сут) 3. Лидаза 64 ЕД № 10 п/к (в/м) ежеквартально 4. ГКС (преднизолон 5–20 мг/сут или метилпреднизолон 4–16 мг/сут) внутрь 5. Пульс-терапия ГКС (метилпреднизолон по 1000 мг в/в № 3 три дня подряд) 6. Циклофосфамид (в/в 400–800 мг с интервалом в 7–10 дн или внутрь 100–200 мг/сут) 7. При суставном синдроме: НПЛС (диклофенак 75–150 мг/сут, ибупрофен 600–800 мг/сут; при противопоказаниях –					

Сухой синдром [Шегрена] (M35.0)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови	2	Биохимическое исследование крови: протеинограмма Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор Ан. мочи по Нечипоренко УЗИ органов брюшной полости R-графия органов грудной клетки Бак. исследование на кандиды Консультация: эндокринолога, невропатолога	Глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон, метилпреднизолон) в дозе 10–30 мг/сут в зависимости от активности процесса При суставном синдроме – НПЛС (диклофенак 100–150 мг/сут или индометацин 100–150 мг/сут; при наличии противопоказаний – мелоксикам по 15 мг в/м) Гидроксихлорохин 0,2 мг/сут длительно Ингибиторы протеаз при наличии сиалоденита (овомин 750 АТЕ/кг в/в капельно – 3–5 дн.) Местное лечение у стоматолога и окулиста	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия			
		Общий ан. мочи	2							
		Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевины, АсАТ, АлАТ, билирубин, СРБ	1							
		Консультация офтальмолога с проведением теста Ширмера (со стимуляцией)	1							
		Консультация стоматолога	1							
		Общий ан. крови	2		Радиоизотопная ренография Биопсия малых слюнных желез Исследование в крови гормонов щитовидной железы Консультация: эндокринолога, невропатолога, гинеколога ФГДС Сиалография КТ или МРТ слюнных желез			Глюкокортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон) в дозе 10–30 мг/сут в зависимости от активности процесса Гидроксихлорохин 0,20 мг/сут длительно При подостром течении заболевания и высокой активности (циклофосфамид 200 мг 1–2 р/нед. в/м, или азатиоприн 150 мг/сут внутрь); пульс-терапия метилпреднизолоном (по 1000 мг/сут 3 дн. подряд в/в	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	2							
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, мочевины, креатинин, АсАТ, АлАТ, СРБ	1							
		Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор, антинуклеарные антитела, антитела к ДНК	1							
		Кровь на маркеры вирусного гепатита	1							
Ан. мочи по Нечипоренко	1									
Проба Реберга	1									
УЗИ органов брюшной полости	1									
УЗИ слюнных желез, щитовидной железы	1									
R-графия органов грудной клетки, суставов кистей	1									
Бак. исследование на кандиды	1									
Сиалометрия	1									
Консультация офтальмолога с проведением теста Ширмера (со стимуляцией)	1									
ОУ										

		Консультация стоматолога	1		капельно) Плазмаферез Ингибиторы протеаз при наличии сиалоденита (овомин 750 АТЕ/кг в/в – 3–5 дн.) Местное лечение у стоматолога и офтальмолога Симптоматическая терапия: гастропротекторы (омепразол 20 мг/сут, фамотидин 20–40 мг/сут)		
Сухой синдром [Шегрена] (M35.0)	Респ. У	Общий ан. крови	2	Радиоизотопная	Глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон, метилпреднизолон) в дозе 10–30 мг/сут в зависимости от активности процесса При суставном синдроме – НПЛС (диклофенак 100–150 мг/сут или индометацин 100–150 мг/сут; при наличии противопоказаний – мелоксикам по 15 мг в/м) Гидроксихлорохин 0,2 мг/сут длительно При подостром течении заболевания и высокой активности (циклофосфамид 200 мг 1–2 р/нед. в/м, азатиоприн 150 мг/сут внутрь); пульс-терапия метилпреднизолоном (по 1000 мг/сут 3 дн. подряд в/в капельно) Плазмаферез (по показ.) Ингибиторы протеаз при наличии сиалоденита (овомин 750 АТЕ/кг в/в – 3–5 дн.) Местное лечение у стоматолога и офтальмолога Симптоматическая терапия: гастропротекторы	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	2	ренография			
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, мочевины, креатинин, АсАТ, АлАТ, СРБ	1	Биопсия малых слюнных желез			
		Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор, антинуклеарные антитела, антитела к ДНК, иммунные комплексы	1	Исследование в крови гормонов щитовидной железы (Т ₃ , Т ₄ , ТSH, Ат ТПО)			
		Исследование на маркеры вирусного гепатита	1	Сцинтиграфия скелета			
		Ан. мочи по Нечипоренко	1	ФГДС			
		Бак. иссл. на кандиды	1	Сиалография			
		Проба Реберга	1	КТ или МРТ слюнных желез			
		УЗИ органов брюшной полости	1	Консультация: эндокринолога, невропатолога, гинеколога			
		УЗИ щитовидной железы, слюнных желез	1				
		R-графия органов грудной клетки, суставов кистей	1				
		Сиалометрия	1				
		Консультация офтальмолога с проведением теста Ширмера (со стимуляцией)	1				
Консультация стоматолога	1						

Другие перекрестные синдромы (смешанное заболевание соединительной ткани) (M35.1)	РУ, МУ	Общий ан. крови	1/нед.	Определение LE-клеток Реовазограмма кистей и предплечий Эхо-КГ	(омепразол 20 мг/сут или фамотидин 20–40 мг/сут) Глюкокортикостероиды в зависимости от активности патологического процесса (преднизолон 15–40 мг/сут или метилпреднизолон 12–32 мг/сут) Гидроксихлорохин 0,2 г/сут длительно Препараты, улучшающие реологию крови: пентоксифиллин 400–800 мг/сут НПЛС при суставном синдроме: индометацин 100–150 мг/сут или диклофенак – 100–150 мг/сут; при наличии противопоказаний – мелоксикам 15 мг/сут в/м	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.				
		Биохимическое исследование крови: белок, протеинограмма, билирубин, мочевины, глюкоза, КФК, СРБ	1				
		Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1				
		ЭКГ	1				
		R-скопия органов грудной клетки и пищевода	1				
R-графия кистей	1						
Другие перекрестные синдромы (смешанное заболевание соединительной ткани) (M35.1)	ГУ	Общий ан. крови	1/нед.	Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор Определение LE-клеток	Глюкокортикостероиды в зависимости от активности патологического процесса (преднизолон 15–40 мг/сут или метилпреднизолон 12–32 мг/сут) Гидроксихлорохин 0,2 г/сут длительно Препараты, улучшающие реологию крови: пентоксифиллин 400–800 мг/сут НПЛС при суставном синдроме: индометацин 100–150 мг/сут или диклофенак – 100–150 мг/сут; при наличии противопоказаний – мелоксикам 15 мг/сут в/м	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.				
		Биохимическое исследование крови: белок, протеинограмма, билирубин, мочевины, глюкоза, КФК, СРБ	1				
		ЭКГ	1				
		R-скопия органов грудной клетки и пищевода	1				
		R-графия кистей	1				
	ОУ	Общий ан. крови	1/нед.	Биопсия кожи и подкожной сетчатки в области кистей УЗИ органов брюшной полости	Глюкокортикостероиды в зависимости от активности патологического процесса (преднизолон 15–40 мг/сут или метилпреднизолон 12–	16 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.				
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, билирубин, мочевины, глюкоза, АсАТ, АлАТ, КФК, СРБ	1				

		Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1	Определение спектра антинуклеарных антител	32 мг/сут)		
		Определение LE-клеток	1		При		
		ЭКГ	1		быстро прогрессирующем		
		R-скопия органов грудной клетки и пищевода	1		течении: пульс-терапия		
		R-графия кистей	1		метилпреднизолоном по		
		Реовазограмма кистей и предплечий	1		1000 мг/сут в/в капельно 3		
		Эхо-КГ	1		дня подряд		
					Гидроксихлорохин 0,2 г/сут		
					длительно		
					Препараты, улучшающие		
					реологию крови:		
					реополиглюкин 400 мл в/в		
					капельно 5–7 вливаний,		
					пентоксифиллин 400–800		
					мг/сут		
					НПЛС при суставном		
					синдроме: индометацин по		
					100–150 мг/сут или		
					диклофенак 100–150 мг/сут;		
					при наличии		
					противопоказаний –		
					мелоксикам 15 мг/сут в/м		
Другие	Респ. У	Общий ан. крови	1/нед.	Биопсия кожи и	Глюкокортикостероиды в	16 сут	Улучшение
перекрестные		Общий ан. мочи	1/нед.	подкожной сетчатки в	зависимости от активности		состояния
синдромы		Биохимическое исследование крови: общий белок,	1	области кистей	патологического процесса		Стабилизация
(смешанное		протеинограмма, билирубин, мочевины, глюкоза, АсАТ,		УЗИ органов брюшной	(преднизолон 15–40 мг/сут		Ремиссия
заболевание		АлАТ, КФК, СРБ		полости	или метилпреднизолон 12–		
соединительной		Иммунологическое исследование крови: ревматоидный	1		32 мг/сут)		
ткани) (M35.1)		фактор, определение спектра антинуклеарных антител			При		
		Определение LE-клеток	1		быстро прогрессирующем		
		ЭКГ	1		течении: пульс-терапия		
		R-скопия органов грудной клетки и пищевода	1		метилпреднизолоном по		
		R-графия кистей	1		1000 мг/сут в/в капельно 3		
		Реовазограмма кистей и предплечий	1		дня подряд.		
		Эхо-КГ	1		Гидроксихлорохин 0,2 г/сут		
					длительно		
					Препараты, улучшающие		
					реологию крови:		
					реополиглюкин 400 мл в/в		
					капельно 5–7 вливаний,		
					пентоксифиллин 400–800		
					мг/сут		
					НПЛС при суставном		
					синдроме: индометацин по		
					100–150 мг/сут или		
					диклофенак 100–150 мг/сут;		

Ревматическая полимиалгия (М35.3)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови	1/нед.	R-графия шейного отдела позвоночника Колоноскопия УЗИ щитовидной железы КТ головного мозга Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор Консультация невропатолога	при наличии противопоказаний – мелоксикам 15 мг/сут в/м Преднизолон 20–40 мг/сут (метилпреднизолон 16–32 мг/сут)	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.				
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, КФК, СРБ	1				
		ЭКГ	1				
		R-графия органов грудной клетки	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФГДС	1				
		Ректороманоскопия	1				
		Ирригоскопия	1				
		Консультация гинеколога	1				
Ревматическая полимиалгия (М35.3)	ОУ, Респ. У	Общий ан. крови	1/нед.	R-графия шейного отдела позвоночника ЭМГ Колоноскопия Консультация невропатолога	Преднизолон 20–40 мг/сут (метилпреднизолон 16–32 мг/сут)	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1/нед.				
		Биохимическое исследование крови: билирубин, общий белок, протеинограмма, мочевины, КФК, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, СРБ	1				
		ЭКГ	1				
		R-графия органов грудной клетки	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФГДС	1				
		Ректороманоскопия	1				
		Ирригоскопия	1				
		УЗИ щитовидной железы	1				
Рецидивирующий панникулит Вебера-Крисчена (М35.6)	РУ, МУ, ГУ	Общий ан. крови	1 р/нед.	УЗИ органов брюшной полости Биопсия подкожного узла	Преднизолон 20–40 мг/сут (метилпреднизолон 16–32 мг/сут) в зависимости от выраженности патологического процесса Индометацин (или диклофенак) 100–150 мг/сут при выраженном болевом синдроме	14 дн.	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1 р/нед.				
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, мочевины, АсАТ, АлАТ, амилаза, щелочная фосфатаза, глюкоза, СРБ	1				
		R-графия органов грудной клетки	1				
		ЭКГ	1				
	ОУ, Респ. У	Общий ан. крови	1 р/нед.	УЗИ щитовидной железы Исследование в крови гормонов щитовидной железы Консультация эндокринолога	Преднизолон 20–40 мг/сут (метилпреднизолон 16–32 мг/сут) в зависимости от выраженности патологического процесса Индометацин (или диклофенак) 100–150 мг/сут	19 дн.	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
		Общий ан. мочи	1 р/нед.				
		Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, мочевины, АсАТ, АлАТ, амилаза, щелочная фосфатаза, глюкоза, СРБ	1				
		R-графия органов грудной клетки	1				
		ЭКГ	1				

Анкилозирующий РУ, МУ, ГУ спондилит (M45)	УЗИ органов брюшной полости	1		при выраженном болевом синдроме		
	Биопсия подкожного узла	1				
	Общий ан. крови	2	ФГДС	Индометацин 100–150	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	Общий ан. мочи	2	УЗИ брюшной полости	мг/сут или диклофенак по 150 мг/сут		
	Иммунологическое исследование крови: СРБ	1		При выраженном обострении дополнительно диклофенак 75 мг/сут в/м по 3 мл 5–7 инъекций, толперизон по 150 мг 2–3 р/дн.		
	R-графия илеосакральных сочленений	1		В качестве базисной терапии сульфасалазин по 2 г/сут или метотрексат по 7,5–15 мг/нед.		
R-графия пояснично-крестцового отдела позвоночника	1		ЛФК, массаж ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов			
ОУ	Общий ан. крови	2	ФГДС	Индометацин 100–150	14 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	Общий ан. мочи	2	УЗИ брюшной полости	мг/сут или диклофенак по 150 мг/сут, при наличии противопоказаний – мелоксикам по 15 мг в/м		
	Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, мочевины, СРБ	1	Сцинтиграфия костно-суставной системы	При выраженном обострении дополнительно диклофенак 75 мг/сут в/м по 3 мл 5–7 инъекций, толперизон по 150 мг 2–3 р/сут; бетаметазон по показаниям		
	Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор	1	КТ костно-суставной системы	периартикулярно или в/суставно		
	R-графия илеосакральных сочленений	1	Исследование соскоба слизистой уретры на хламидии	При неэффективности лечения – пульс-терапия метилпреднизолоном по 1000 мг в/в в течение 3 дн.		
	R-графия пояснично-крестцового отдела позвоночника	1	Исследование сыворотки крови на наличие антител к хламидиям методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА)	В качестве базисной терапии сульфасалазин по 2 г/сут или метотрексат по 7,5–15 мг/нед.		
			Консультация: невропатолога, венеролога, офтальмолога	ЛФК, массаж ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-,		

Анкилозирующий Респ. У спондилит (M45)	Общий ан. крови	2	ФГДС	Ультразвуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов	18 сут	Улучшение состояния Стабилизация Ремиссия
	Общий ан. мочи	2	УЗИ брюшной полости	Индометацин 100–150 мг/сут или диклофенак по		
	Биохимическое исследование крови: общий белок, протеинограмма, мочевины, СРБ	1	Сцинтиграфия костно- суставной системы	150 мг/сут, при наличии противопоказаний –		
	Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор, антиген гистосовместимости HLA-B27	1	КТ МРТ позвоночника	мелоксикам по 15 мг в/м При выраженном		
	R-графия илеосакральных сочленений	1	Исследование соскоба	обострении дополнительно		
	R-графия пояснично-крестцового отдела позвоночника	1	слизистой уретры на хламидии	диклофенак 75 мг/сут в/м по 3 мл 5–7 инъекций,		
			Исследование сыворотки крови на наличие антител к хламидиям методом ИФА	толперизон по 150 мг 2–3 р/дн.; бетаметазон по показаниям		
			Консультация: невропатолога, венеролога, офтальмолога	периартикулярно или в/суставно		
				При неэффективности лечения – пульс-терапия метилпреднизолоном по 1000 мг в/в в течение 3 дн.		
				В качестве базисной терапии сульфасалазин по 2 г/сут или метотрексат по 7,5–15 мг/нед. или при неэффективности лечения – инфликсимаб по схеме (по решению консилиума) ЛФК, массаж ФТ (по показ.): электро-, тепло-, бальнео-, ультразвуко-, лазеротерапия 7–10 сеансов		

Приложение 5
утратило силу

Приложение 6
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
19.05.2005 № 274

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения

Диагностика и лечение при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания	
		Диагностика			Лечение			
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность		
1	2	3	4	5	6	7	8	
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (K21.0)	Районный уровень (далее – РУ)	Общий ан. крови	1	Рентгеноскопия органов грудной клетки	Ингибиторы протонной помпы (далее – ИПП):	8 нед.	Купирование клинических и эндоскопических явлений эзофагита	
		Общий ан. мочи	1	Рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	омепразол 20 мг внутрь 2 р/сут 8 недель (далее – нед.) с последующим снижением дозы до поддерживающей (1/2 лечебной), при легких формах блокаторы H ₂ -гистаминорецепторов: ранитидин 150 мг 2 р/сут или фамотидин 20 мг 2 р/сут внутрь 8 нед. с последующим снижением дозы до поддерживающей (1/2 лечебной)			
		Исследование кала на скрытую кровь	1					
		Эзофагогастродуодено-фиброскопия (далее – ФЭГДС)	1					
		Электрокардиограмма (далее – ЭКГ) (кратность всех исследований при ухудшении)	1					
	Межрайонный городской уровень (далее – МУ, ГУ)	Общий ан. крови	1	Велоэргометрия	То же	То же	То же	
		Общий ан. мочи	1	Рентгеноскопия грудной клетки				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, аланинаминотрансфераза (далее – АлАТ), аспаргатаминотрансфераза (далее – АсАТ), мочевины, сывороточное железо	1	Рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки				
		Ан. кала на скрытую кровь	1					

	Областной уровень (далее – ОУ)	ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода ЭКГ (кратность всех исследований при ухудшении) То же (кратность всех исследований при ухудшении)	1 1	кишки, в т.ч. на трохоскопе То же	Коррекция проводимого лечения		
Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита (K21.9)		Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза ФЭГДС ЭКГ (кратность всех исследований при ухудшении)	1 1 1 1 1	Ан. кала на скрытую кровь Рентгеноскопия грудной клетки Рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	Блокаторы H ₂ - гистаминорецепторов: ранитидин 150 мг 2 р/сут или фамотидин 20 мг 2 р/сут 4 нед. с последующим снижением дозы до поддерживающей (1/2 лечебной) и/или Метоклопрамид 10 мг внутри 3 р/сут – 4 нед. Антацидные средства по требованию	4 нед.	Купирование клинических явлений
	МУ, ГУ	Общий ан. крови Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевины Общий ан. мочи ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода ЭКГ (кратность всех исследований при ухудшении)	1 1 1 1 1	Ан. кала на скрытую кровь Велоэргометрия Рентгеноскопия грудной клетки Рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, в т.ч. на трохоскопе	То же	То же	То же
Язва желудка хроническая без кровотечения или прободения (K25.7)	РУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, глюкоза, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, сывороточное железо Ан. кала на скрытую кровь Определение группы крови и Rh-фактора ФЭГДС с гастробиопсией Гистологическое исследование биоптата УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы Контрольная ФЭГДС с гастробиопсией и гистологическим исследованием биоптата	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Тест на H. pylori (при наличии специализированного гастроэнтерологического приема) Рентгеноскопия желудка с двойным контрастированием Рентгенография грудной клетки Консультация: хирурга, онколога	При рецидиве язвы: блокаторы H ₂ - гистаминорецепторов: ранитидин 300 мг/сут или фамотидин 40 мг/сут в 1 или 2 приема внутри 8–12 нед. с последующим снижением дозы до поддерживающей (1/2 лечебной) или ИПП: омепразол 20 мг внутри 1 раз/сут 8–12 нед. с	8–12 нед.	Купирование клинических проявлений рецидива Заживление язвенного дефекта, отсутствие морфологических (гистологических) признаков неопластического процесса

ЭКГ
(кратность всех исследований при обострении,
далее 2 р/год или индивидуально)

1

последующим
снижением дозы до
поддерживающей (1/2
лечебной)
Дополнительный
вариант: висмута
трикалия дицитрат 480
мг/сут внутрь 4 нед.
Антацидные средства по
требованию
В случае Н. pylori-
ассоциированной язвы
возможно проведение
эрадикационной терапии
в строгом соответствии с
утвержденными
протоколами 1-й и 2-й
линии в течение 7, 10
или 14 сут
Возможно применение
следующего протокола в
качестве 1-й или 2-й
линии: ИПП в
стандартной дозе
(омепразол 20 мг внутрь
2 р/сут) + висмута
трикалия дицитрат 120
мг внутрь 4 р/сут +
амоксциллин 1000 мг
внутри 2 р/сут +
фуразолидон 200 мг
внутри 2 р/сут в течение
14 сут
В фазу ремиссии:
1. «Терапия по
показаниям»: 2–3 дня
применяется
антисекреторный
препарат в полной дозе:
блокаторы H₂-
гистаминорецепторов
(ранитидин 300 мг/сут
или фамотидин 40 мг/сут
внутри) или ИПП
(омепразол 20 мг внутрь
1 раз/сут), затем 2–3

Отсутствие
рецидивов

				нед – 1/2 лечебной дозы 2. В группах риска – непрерывная поддерживающая терапия антисекреторными лекарственными средствами (далее – ЛС) в половинной дозе (ранитидин 150 мг/сут или фамотидин 20 мг/сут внутри) или ИПП (омепразол 10 мг внутрь 1 раз/сут (курящие должны принимать ЛС в полной суточной дозе)		
МУ, ГУ	Общий ан. крови	1	Рентгеноскопия желудка	То же	То же	То же
	Общий ан. мочи	1	с двойным			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, сывороточное железо	1	контрастированием Рентгенография грудной клетки			
	Ан. кала на скрытую кровь	1	Биохимическое			
	Определение группы крови и Rh-фактора	1	исследование крови:			
	ФЭГДС с гастробиопсией	1	электролиты (Cl, Ca)			
	Гистологическое исследование биоптата	1	Консультация хирурга			
	Тест на H. pylori	1	Консультация онколога			
	УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы	1				
	Контрольная ФЭГДС с гастробиопсией и гистологическим исследованием биоптата	1				
	ЭКГ	1				
	(кратность всех исследований при обострении, далее 2 р/год или индивидуально)					
ОУ	Общий ан. крови	1	Биохимическое	Коррекция проводимого		
	Общий ан. мочи	1	исследование крови:	лечения		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, белок, сывороточное железо, общий белок, альбумин	1	электролиты (Cl, Ca) Рентгеноскопия желудка с двойным			
	Ан. кала на скрытую кровь	1	контрастированием			
	Определение группы крови и Rh-фактора	1	Рентгенограмма грудной			
	ФЭГДС с гастробиопсией	1	клетки			
	Гистологическое исследование биоптата	1	pH-метрия			
	Тест на H. pylori	1	Консультация: хирурга,			
	УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы	1	онколога			

Язва двенадцатиперстной кишки хроническая без кровотечения или прободения (K26.7)	РУ	Контрольная ФЭГДС с гастробиопсией и гистологическим исследованием биоптата	1	УЗИ щитовидной и паращитовидных желез			
		ЭКГ	1				
		Общий ан. крови	1	Тест на <i>H. pylori</i> (при наличии	При рецидиве язвы: блокаторы H_2 -гистаминорецепторов:	4–6 нед.	Купирование клинических проявлений рецидива
		Общий ан. мочи	1	специализированных гастроэнтерологических	ранитидин 300 мг/сут		
		Ан. кала на скрытую кровь	1	коек в больнице или амбулаторного приема)	или фамотидин 40 мг/сут		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза	1	Рентгеноскопия желудка	в 1 или 2 приема внутрь		
		ФЭГДС	1	Консультация хирурга	4–6 нед. с последующим снижением дозы до поддерживающей (1/2 лечебной) или ИПП: омепразол 20 мг внутрь 1 раз/сут 4–6 нед. с последующим снижением дозы до поддерживающей (1/2 лечебной).		
		Контрольная ФЭГДС (при стойком отсутствии болевого синдрома, признаков осложнения, достаточной длительности антисекреторной терапии может не выполняться)	1		Дополнительный вариант лечения: висмута трикалия дицитрат 480 мг/сут внутрь 4 нед.		
		ЭКГ	1		Антацидные средства по требованию		
		(кратность всех исследований при обострении, далее 2 р/год или индивидуально)			В случае <i>H. pylori</i> -ассоциированной язвы возможно проведение эрадикационной терапии в строгом соответствии с протоколами (рубрика K25.7)		
			Возможно проведение эмпирической эрадикационной терапии с применением одной из схем пациентам, которым ранее эрадикация не проводилась				
	МУ, ГУ	Общий ан. крови	1	Рентгеноскопия желудка	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	с релаксационной			
		Ан. кала на скрытую кровь	1	дуоденографией			

		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, общий белок, альбумин, АсАТ, АлАТ, мочевины	1	УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы			
		Ан. кала на скрытую кровь	1	Консультация хирурга			
		ФЭГДС с гастробиопсией	1				
		Тест на <i>H. pylori</i>	1				
		Контрольная ФЭГДС (при стойком отсутствии болевого синдрома, признаков осложнения, достаточной длительности антисекреторной терапии может не выполняться)	1				
		ЭКГ	1				
		(кратность всех исследований при обострении, далее 2 р/год или индивидуально)					
	ОУ	Общий ан. крови	1	Биохимическое исследование крови:	Коррекция проводимого лечения		
		Общий ан. мочи		электролиты (Cl, Ca)			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, общий белок, альбумин, сывороточное железо	1	Рентгеноскопия желудка с релаксационной дуоденографией			
		Ан. кала на скрытую кровь	1	УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы			
		Определение группы крови и Rh-фактора	1	рН-метрия			
		ФЭГДС с гастробиопсией	1	УЗИ щитовидной и паращитовидных желез			
		Тест на <i>H. pylori</i>	1	Консультация хирурга			
		Контрольная ФЭГДС (при стойком отсутствии болевого синдрома, признаков осложнения, достаточной длительности антисекреторной терапии может не выполняться)	1				
		ЭКГ	1				
Гастрит и дуоденит (K29)	РУ	Общий ан. крови	1	Тест на <i>H. pylori</i> (при наличии	В случае <i>H. pylori</i> -ассоциированного гастрита	1–4 нед.	Отсутствие прогрессирования морфологических (гистологических) характеристик слизистой оболочки желудка
		Общий ан. мочи	1	специализированного гастроэнтерологического приема)	антихеликобактерная эрадикационная терапия проводится при наличии		
		Ан. кала на скрытую кровь	1	Биохимическое исследование крови:	специализированного гастроэнтерологического приема в строгом соответствии с		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза	1	глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины	УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы и почек		
		ФЭГДС с гастробиопсией (гистологическое исследование биоптата)	1	При тяжелой дисплазии – повтор ФЭГДС с гастробиопсией и консультация онколога	При В ₁₂ -дефицитной анемии проводится лечение цианкобаламином в/м ежедневно 200 мкг При наличии		
		При отсутствии морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка все клинические проявления следует расценивать как при нозологической форме К30			протоколами (рубрика К25.7)		
		ЭКГ	1				
		(кратность всех исследований при обострении или обращении)					
		Динамическое наблюдение (ФЭГДС с биопсией) проводится при наличии морфологических признаков атрофии, метаплазии и дисплазии: при легкой (+) и умеренной (++) атрофии – 1 р/3–5 лет,					

		при тяжелой (+++) атрофии и/или метаплазии – 1 р/год, при дисплазии легкой или средней степени тяжести – 4 р/год., при выявлении тяжелой дисплазии – повторная ФЭГДС с биопсией и последующей консультацией онколога			диспепсии – симптоматическое лечение (соответствует рубрике К30)		
МУ, ГУ		Общий ан. крови	1	УЗИ органов брюшной	То же		То же
		Общий ан. мочи	1	полости, поджелудочной			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, мочевины, сывороточное железо	1	железы и почек			
		Ан. кала на скрытую кровь	1	Рентгенконтрастное			
		ФЭГДС с гастробиопсией	1	исследование пищевода,			
		ЭКГ	1	желудка и			
		Гистологическое исследование биоптата	1	двенадцатиперстной			
		Тест на Н. pylori (кратность всех исследований при обострении или обращении)	1	кишки			
		Динамическое наблюдение (ФЭГДС с биопсией) проводится при наличии морфологических признаков атрофии, метаплазии и дисплазии: при легкой (+) и умеренной (++) атрофии – 1 р/3–5 лет, при тяжелой (+++) атрофии и/или метаплазии – 1 р/год, при дисплазии легкой или средней степени тяжести – 4 р/год., при выявлении тяжелой дисплазии – повторная ФЭГДС с биопсией и последующей консультацией онколога		Ирригоскопия			
		Общий ан. крови	1	Ректороманоскопия			
		Общий ан. мочи	1	Консультация			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевины, сывороточное железо, общий белок, альбумин, глюкоза	1	гематолога			
		Ан. кала на скрытую кровь	1	При тяжелой			
		ФЭГДС с гастробиопсией	1	дисплазии – повтор			
		Гистологическое исследование биоптата	1	ФЭГДС с			
		Тест на Н. pylori	1	гастробиопсией и			
		ЭКГ	1	консультация онколога			
		УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы и почек	1				
	ОУ	Общий ан. крови	1	Рентгеноконтрастное	Коррекция проводимого		
		Общий ан. мочи	1	исследование пищевода,	лечения		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевины, сывороточное железо, общий белок, альбумин, глюкоза	1	желудка и			
		Ан. кала на скрытую кровь	1	двенадцатиперстной			
		ФЭГДС с гастробиопсией	1	кишки, релаксационная			
		Гистологическое исследование биоптата	1	дуоденография			
		Тест на Н. pylori	1	Хромогастроскопия			
		ЭКГ	1	рН-метрия			
		УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы и почек	1	Колоноскопия			
				УЗИ почек			
				Консультация			
				гематолога			
				Стернальная пункция			
				Велоэргометрия			
				При тяжелой			
				дисплазии – повтор			
				ФЭГДС с			
				гастробиопсией и			
				консультация онколога			
Диспепсия (К30)	РУ	Общий ан. крови	1				4 нед.

		Общий ан. мочи	1				
		Ан. кала на скрытую кровь	1				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза	1	Тест на H. pylori	Симптоматическое		
		ФЭГДС с гастробиопсией	1	Биохимическое	лечение в зависимости		
		Гистологическое исследование биоптата	1	исследование крови:	от варианта:		
		ЭКГ	1	глюкоза, билирубин,	блокаторы H ₂ -		
		(кратность всех исследований при обращении)		АсАТ, АлАТ, белок,	гистаминорецепторов		
				сывороточное	(ранитидин 150 мг		Купирование
				сывороточное железо	внутри 2 р/сут или		клинических
				УЗИ органов брюшной	фамотидин 20 мг внутри		симптомов
				полости, поджелудочной	2 р/сут) 4 нед. и/или		
				железы и почек	метоклопрамид 10 мг		
					внутри 3 р/сут 4 нед.		
					Антацидные средства по		
					требованию		
МУ, ГУ		Общий ан. крови	1	Рентгенконтрастное	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	исследование пищевода,			
		Ан. кала на скрытую кровь	1	желудка и			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза,	1	двенадцатиперстной			
		общий белок, альбумин АлАТ, АсАТ, мочевины	1	кишки, релаксационная			
		ФЭГДС с гастробиопсией	1	дуоденография			
		Гистологическое исследование биоптата	1	рН-метрия			
		Тест на H. pylori	1	Колоноскопия			
		ЭКГ	1	УЗИ органов брюшной			
		(кратность всех исследований при обращении)		полости, поджелудочной			
				железы и почек			
				Велоэргометрия			
				Иммунологическое			
				исследование:			
				поверхностный антиген			
				вируса гепатита В			
				(далее – HBsAg),			
				антитела к вирусу			
				гепатита С (далее –			
				antiHCV)			
Болезнь Крона [регионарный энтерит] (K50)	РУ	Общий ан. крови	3		При легкой степени	4–6 нед.	Уменьшение
		Общий ан. мочи	3		тяжести:		степени
		Альфа-амилаза мочи	2		Базовое		выраженности
		Ан. кала на скрытую кровь	1		медикаментозное		симптомов.
		Ан. кала на микрофлору	3		лечение		Целесообразно
		Ан. кала на паразиты	3		1-й уровень:		направить в
		Биохимическое исследование крови: глюкоза,	2		сульфасалазин 4–6 г/сут		стационар на ОУ
		АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин			или месалазин 2–3 г/сут		
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1		4 нед. внутри и/или		
		ЭКГ	1		ректально (свечи)		
		Рентгенограмма грудной клетки	1		2-й уровень (при		
		Пальцевое исследование прямой кишки	1		неэффективности		

	ФЭГДС	1		первого): + преднизолон в клизмах – 30–60 мг/сут		
	Ректоскопия (с биопсией)	1		2 нед.		
	Консультация хирурга	1		3-й уровень (при неэффективности 2-го):		
	Консультация гинеколога	1		рассматривать как форма средней тяжести		
	(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)			Диетотерапия:		
				специального лечебного стола нет, ограничение молока		
				Физиотерапия противопоказана.		
				При средней и тяжелой степени лечение проводится только стационарно на областном уровне		
				После купирования рецидива – поддерживающее базовое медикаментозное лечение по индивидуальной программе		
МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	3	Биохимическое	То же	То же	То же
	Общий ан. мочи	3	исследование крови:	При средней и тяжелой степени лечение проводится только стационарно на областном уровне		Целесообразно направить в стационар на ОУ
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АЛАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин, С-реактивный белок (далее – СРБ)	2	электролиты (К, Na) Энтерография	После купирования рецидива – поддерживающее базовое медикаментозное лечение по индивидуальной программе		
	Копрограмма	1				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	УЗИ органов малого таза	1				
	Сигмоскопия с биопсией	1				
	Ирригоскопия	1				
	ЭКГ	1				
	Консультация хирурга	1				
	Консультация гинеколога	1				
	(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)					
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3	Дуоденальная биопсия	Коррекция проводимого лечения	4–6 нед.	Уменьшение степени
	Общий ан. мочи	3	для оценки виллозной			

		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо	2	атрофии	При средней и тяжелой степени лечение проводится только стационарно на областном уровне	выраженности симптомов (клинический индекс активности) и уменьшение степени воспаления слизистой кишечника, отсутствие прогрессирования и формирования осложнений			
		Иммунограмма: классы сублимфоцитов, циркулирующие иммунные комплексы (далее – ЦИК), уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	исследование крови: электролиты (К, Na)					
		Ан. крови на антиглиадиновые антитела	1						
		Копрограмма	2						
		Ан. кала на микрофлору	3						
		Ан. кала на паразиты	3						
		ФГДС с биопсией из подозрительных участков	1						
		УЗИ органов брюшной полости	1						
		УЗИ органов малого таза	1						
		Сигмо/колоноскопия с биопсией	1						
		Ирригоскопия	1						
		ЭКГ	1						
		Компьютерная томография (далее – КТ) органов брюшной полости	1						
		Энтерография	1						
		Консультация хирурга	1						
		Консультация гинеколога	1						
Язвенный колит (K51)	РУ	Общий ан. крови	3				При легкой степени тяжести: Базовое медикаментозное лечение 1-й уровень: сульфасалазин 4–6 г/сут или месалазин 2–3 г/сут 4 нед. внутрь и/или ректально (свечи) 2-й уровень (при неэффективности первого): + преднизолон в клизмах – 30–60 мг/сут – 2 нед. 3-й уровень (при неэффективности 2-го): рассматривать как средней тяжести Диетотерапия: специального лечебного стола нет, ограничение молока	4–6 нед.	Уменьшение степени выраженности симптомов. Целесообразно направить в стационар на ОУ
		Общий ан. мочи	3						
		Альфа-амилаза мочи	2						
		Ан. кала на скрытую кровь	1						
		Ан. кала на микрофлору	3						
		Ан. кала на паразиты	3						
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин, СРБ	1						
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1						
		ЭКГ	1						
		Рентгенография грудной клетки	1						
		Пальцевое исследование прямой кишки	1						
		Ректоскопия (с биопсией)	1						
		Консультация хирурга	1						
		Консультация гинеколога	1						
		(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)							

				При средней и тяжелой степени лечение проводится только стационарно на областном уровне		
				После купирования рецидива – поддерживающее базовое медикаментозное лечение по индивидуальной программе		
МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	3	Биохимическое	То же	4–6 нед.	Уменьшение степени выраженности симптомов. Целесообразно направить в стационар на ОУ
	Общий ан. мочи	3	исследование крови:	При средней и тяжелой степени лечение		
	Ан. кала на скрытую кровь	2	электролиты (К, Na)	проводится только стационарно на областном уровне		
	Альфа-амилаза мочи	1	Энтерография	После купирования рецидива –		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин, СРБ	2		поддерживающее базовое медикаментозное лечение по индивидуальной программе		
	Копрограмма	1				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	УЗИ органов малого таза	1				
	Сигмоскопия с биопсией	1				
	Ирригоскопия	1				
	Консультация хирурга	1				
	Консультация гинеколога	1				
	(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)					
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Биохимическое	Коррекция проводимого лечения		
	Общий ан. мочи	3	исследование крови:			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинин, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо	2–4	Дуоденальная биопсия для оценки виллозной атрофии			
	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1				
	Ан. крови на антиглиадиновые антитела	1				
	Копрограмма	2				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				

		ФГДС с биопсией из подозрительных участков	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		УЗИ органов малого таза	1				
		Сигмо/колоноскопия с биопсией	1				
		Ирригоскопия	1				
		КТ органов брюшной полости	1				
		Энтерография	1				
		Консультация хирурга	1				
		Консультация гинеколога	1				
Радиационный гастронтерит и колит (K52.0)	РУ	Общий ан. крови	3	Биохимическое исследование крови: электролиты (K, Na) Консультация хирурга Консультация уролога	Висмута трикалия дицитрат 300–600 мг/сут При средней и тяжелой степени лечение проводится только стационарно на областном уровне	4–6 нед.	Уменьшение степени выраженности симптомов Целесообразно направить на ОУ
		Общий ан. мочи	3				
		Альфа-амилаза мочи	2				
		Ан. кала на скрытую кровь	1				
		Ан. кала на микрофлору	3				
		Ан. кала на паразиты	3				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины	1				
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1				
		ЭКГ	1				
		Рентгенография грудной клетки	1				
	МУ, ГУ	Пальцевое исследование прямой кишки	1	Биохимическое исследование крови: электролиты (K, Na) Консультация уролога Внутривенная урография	Висмута трикалия дицитрат 300–600 мг/сут или сульфасалазин 4–6 г/сут или месалазин 2–3 г/сут Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта: – антацидные средства 1 дозе 3 р/сут, возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут, – спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)	4–6 нед.	То же Целесообразно направить на ОУ
		Ректоскопия (с биопсией)	1				
		Консультация гинеколога (кратность всех исследований при обострении)	1				
		Общий ан. крови с гематокритом	3–4				
		Общий ан. мочи	3				
		Ан. кала на скрытую кровь	1				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин	2–4				
		Копрограмма	2				
		Ан. кала на микрофлору	3				
		Ан. кала на паразиты	3				
УЗИ органов брюшной полости	1						
УЗИ органов малого таза	1						
Ирригоскопия	1						
Сигмоскопия с биопсией	1						
Консультация: хирурга, гинеколога	1						
Энтерография	1						
ЭКГ	1						
(кратность всех исследований при обострении)							

					– лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь Бактерийные препараты на основе лактобактерий, колибактерий, бифидобактерий и их комбинаций в среднетерапевтических дозах При средней и тяжелой степени лечение проводится только на областном уровне			
	ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Биохимическое	При легкой степени тяжести соответствует предыдущему уровню	4–6 нед.	Уменьшение степени выраженности симптомов и уменьшение степени воспаления слизистой кишечника, отсутствие прогрессирования и формирования осложнений	
		Общий ан. мочи	3	исследование крови:				
		Ан. кала на скрытую кровь	1	электролиты (К, Na)				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинин, общий белок, СРБ, альбумин	2–4	Колоноскопия	При средней и тяжелой степени лечение проводится только стационарно			
		Копрограмма	1	Специальное гинекологическое обследование				
		Ан. кала на микрофлору	3	Специальное урологическое обследование				
		Ан. кала на паразиты	3					
		УЗИ органов брюшной полости	1	обследование				
		УЗИ органов малого таза	1	КТ поджелудочной железы				
		Ирригоскопия	1					
		Сигмо/колоноскопия с биопсией	1					
		Консультация: хирурга, гинеколога	1					
		Энтерография	1					
Токсический гастроэнтерит и колит (K52.1)	РУ	Общий ан. крови	3		Исключить идентифицированное вещество	2–3 нед.		Уменьшение степени выраженности симптомов и воспаления слизистой кишечника При отсутствии эффекта направление на ОУ
		Общий ан. мочи	3		Функциональное элиминационное питание			
		Альфа-амилаза мочи	2		Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта:			
		Ан. кала на скрытую кровь	1		– антацидные средства			
		Ан. кала на микрофлору	3		по 1 дозе 3 р/сут,			
		Ан. кала на паразиты	3		возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут,			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, мочевины	1		– спазмолитики			
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1					
		ЭКГ	1					
		Рентгенограмма грудной клетки	1					
		Пальцевое исследование прямой кишки	1					
		Ректоскопия	1					
		Консультация: хирурга	1					
		Консультация гинеколога	1					

				(дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь При псевдомембранозном колите – метронидазол 1 г/сут внутрь 10 сут Бактерийные препараты на основе лактобактерий, колибактерий, бифидобактерий и их комбинаций в среднетерапевтических дозах При средней и тяжелой степени лечение проводится стационарно преимущественно на областном уровне		
МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Биохимическое	То же	То же	То же
	Общий ан. мочи	2	исследование крови:	При средней и тяжелой		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин	2–4	электролиты (К, Na)	степени лечение проводится стационарно преимущественно на областном уровне		
	Копрограмма	1				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	УЗИ органов малого таза	1				
	Ирригоскопия	1				
	Сигмоскопия	1				
	Консультация хирурга	1				
	ЭКГ	1				
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Ан. крови на	Коррекция проводимого	2–4 нед.	То же
	Общий ан. мочи	3	антиглиадиновые	лечения		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо, электролиты (К, Na)	2–4	антитела			
	Копрограмма	1	Консультация хирурга			
	Ан. кала на микрофлору	3	КТ органов брюшной			
	Ан. кала на паразиты	3	полости			
	ФГДС с биопсией из подозрительных участков	1	Энтерография			

Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит (K52.2)	РУ	УЗИ органов брюшной полости	1		Исключить идентифицированное вещество Функциональное элиминационное питание Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта: – антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут, возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут, – спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь). – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь. Бактерийные препараты на основе лактобактерий, колибактерий, бифидобактерий и их комбинаций в среднетерапевтических дозах При средней и тяжелой степени лечение проводится стационарно преимущественно на областном уровне	2–3 нед.	Уменьшение степени выраженности симптомов и воспаления слизистой кишечника При отсутствии эффекта направление на межрайонный или ОУ
		УЗИ органов малого таза	1				
		Сигмоскопия/колоноскопия	1				
		Ирригоскопия	1				
		Общий ан. крови	3				
		Общий ан. мочи	3				
		Альфа-амилаза мочи	2				
		Ан. кала на скрытую кровь	1				
		Ан. кала на микрофлору	3				
		Ан. кала на паразиты	3				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины	1				
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1				
		ЭКГ	1				
		Рентгенография грудной клетки	1				
		Пальцевое исследование прямой кишки	1				
Ректоскопия (с биопсией)	1						
	МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na)	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	2		При средней и тяжелой степени лечение проводится стационарно преимущественно на областном уровне		При отсутствии эффекта направление на областной или республиканский уровень
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин	2–4				
		Копрограмма	1				
		Ан. кала на микрофлору	3				

		Ан. кала на паразиты	3				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		УЗИ органов малого таза	1				
		Ирригоскопия	1				
		Сигмоскопия с биопсией	1				
		Консультация хирурга	1				
		Консультация гинеколога	1				
ОУ		Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Ан. крови на антиглиадиновые	Коррекция проводимого лечения	То же	То же
		Общий ан. мочи	3	антитела	При средней и тяжелой степени лечение		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо	2–4	Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na)	проводится стационарно		
		Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1				
		Копрограмма	1				
		Ан. кала на микрофлору	3				
		Ан. кала на паразиты	3				
		ФЭГДС	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		УЗИ органов малого таза	1				
		Сигмо/колоноскопия с биопсией	1				
		Ирригоскопия	1				
		Энтерография	1				
Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты (К52.8)	РУ	На районном уровне данные виды колита (лимфоцитарного, коллаgenoзного, эозинофильного) не устанавливаются			При установленном диагнозе проводится симптоматическое лечение:	2–4 нед.	Уменьшение степени выраженности симптомов
		При установленном диагнозе:			Исключение идентифицированного вещества		
		Общий ан. крови с гематокритом	1		Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта:		
		Общий ан. мочи	1		– антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут,		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины	1		возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут,		
		Копрограмма	1		– спазмолитики		
		Ан. кала на микрофлору	1		(дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)		
		Ан. кала на паразиты	1		– лоперамид 0,002 1–2		
		ЭКГ	1				

МУ, ГУ	На межрайонном уровне данные виды колита (лимфоцитарного, коллагенозного, эозинофильного) не устанавливаются При установленном диагнозе: соответствует предыдущему уровню		Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na)	р/сут внутрь При средней и тяжелой степени лечение проводится стационарно Исключение идентифицированного вещества Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта: – антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут, возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут, – спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь При средней и тяжелой степени лечение проводится стационарно	То же	То же
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность Копрограмма Ан. кала на микрофлору Ан. кала на паразиты ФГДС УЗИ органов брюшной полости УЗИ органов малого таза Колоноскопия с множественной биопсией (через каждые 20–30 см) Ирригоскопия Энтерография	3 3 2 1 1 3 3 1 1 1 1 1 1 1	Ан. крови на антиглиадиновые антитела Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na)	Исключение идентифицированного вещества Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта: – антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут, возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут, – спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь Коррекция проводимого лечения При средней и тяжелой	То же	Уменьшение степени выраженности симптомов и воспаления слизистой кишечника

Неинфекционный гастроэнтерит и колит неуточненный (K52.9)	РУ	Общий ан. крови	1		Исключить	2–4 нед.	Уменьшение степени выраженности симптомов Направление на межрайонный или ОУ
		Общий ан. мочи	1		идентифицированное вещество		
		Альфа-амилаза мочи	1		Функциональное		
		Ан. кала на скрытую кровь	1		элиминационное		
		Ан. кала на микрофлору	3		питание		
		Ан. кала на паразиты	3		Медикаментозная		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, мочеви́на	1		терапия проводится в зависимости от		
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1		клинического варианта:		
		ЭКГ	1		– антацидные средства		
		Рентгенография грудной клетки	1		по 1 дозе 3 р/сут,		
		Пальцевое исследование прямой кишки	1		возможно применение		
		Ректоскопия (с биопсией)	1		активированного угля по		
		Консультация хирурга	1		12–15 г/сут,		
		Консультация гинеколога	1		– спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь При средней и тяжелой степени лечение проводится стационарно на межрайонном или областном уровне		
		МУ, ГУ		Общий ан. крови с гематокритом	3–4		
Общий ан. мочи	2			исследование крови:	При средней и тяжелой степени лечение		
Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочеви́на, общий белок, альбумин, мочеви́на, креатинин	2–4			электролиты (K, Na) УЗИ органов малого таза	проводится стационарно на межрайонном или областном уровне		
Копрограмма	1						
Ан. кала на микрофлору	3						
Ан. кала на паразиты	3						
УЗИ органов брюшной полости	1						
Ирригоскопия	1						
Сигмоскопия с биопсией	1						
Консультация гинеколога	1						
ОУ		Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Ан. крови на	Коррекция проводимого лечения		
		Общий ан. мочи	3	антиглицериновые			

		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо	2–4	антитела	При средней и тяжелой степени лечение							
		Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na)	проводится стационарно							
		Копрограмма	1	Консультация хирурга								
		Ан. кала на микрофлору	3	УЗИ органов малого таза								
		Ан. кала на паразиты	3									
		ФГДС с биопсией из подозрительных участков	1									
		УЗИ органов брюшной полости	1									
		УЗИ органов малого таза	1									
		Колоноскопия с множественной биопсией (через каждые 20–30 см)	1									
		Ирригоскопия	1									
		Энтерография	1									
Дивертикулярная болезнь кишечника (K57)	РУ	Общий ан. крови	1	Консультация: хирурга, гинеколога	Диета, обогащенная пищевыми волокнами постоянно	Постоянный или курсовой прием лекарственных препаратов	Уменьшение степени выраженности симптомов					
		Общий ан. мочи	1	ФЭГДС	Медикаментозная терапия проводится по преобладающему симптому:			Отсутствие осложнений				
		Альфа-амилаза мочи	1		– спазмолитики (дротаверин							
		Ан. кала на скрытую кровь	1		40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут							
		Ан. кала на микрофлору	1–3		внутри)							
		Ан. кала на паразиты	1–3		– лоперамид 0,002 1–2 р/сут							
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины	1		внутри							
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1		– слабительные в индивидуальных дозах (бисакодил внутрь по 5–15 мг/сут или ректально по 10–20 мг/сут)							
		Рентгенография грудной клетки	1									
		Пальцевое исследование прямой кишки	1									
		Ректоскопия	1									
		ЭКГ	1									
		(кратность всех исследований при обращении)										
			МУ, ГУ	Общий ан. крови	1				Консультация хирурга	То же	То же	То же
Общий ан. мочи	1			Консультация гинеколога								
Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, мочевины	1			УЗИ органов малого таза								
Копрограмма	1			ФЭГДС								
Ан. кала на микрофлору	1–3											
Ан. кала на паразиты	1–3											
УЗИ органов брюшной полости	1											
Ирригоскопия	1											
Сигмоскопия	1											

		ЭКГ (кратность всех исследований при обращении)	1									
Синдром раздраженного кишечника с диареей (K58.0)	РУ	Общий ан. крови	1	Консультация гинеколога	Исключение продуктов, по отношению к которым выявлена интолерантность	Медикаментозная терапия по показаниям или курсами 4 недели	Уменьшение степени выраженности симптомов					
		Общий ан. мочи	1									
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочеви́на, общий белок, альбумин	1									
		Альфа-амилаза мочи	1									
		Копрограмма	1									
		Ан. кала на микрофлору	3									
		Ан. кала на паразиты	3									
		УЗИ органов брюшной полости и поджелудочной железы	1									
		Ректоскопия (с биопсией) (кратность всех исследований при обращении)	1									
		МУ, ГУ	Общий ан. крови					1	УЗИ органов малого таза	То же	То же	То же
			Общий ан. мочи					1	Консультация гинеколога			
			Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, мочеви́на					1				
Копрограмма	1											
Ан. кала на микрофлору	3											
Ан. кала на паразиты	3											
УЗИ органов брюшной полости и поджелудочной железы	1											
Ирригоскопия	1											
Сигмоскопия с биопсией (кратность всех исследований при ухудшении)	1											
Синдром раздраженного кишечника без диареи (K58.9)	РУ	Общий ан. крови	1	Консультация хирурга УЗИ органов малого таза	Диета, обогащенная пищевыми волокнами	Медикаментозная терапия по показаниям или курсами 4 недели	Уменьшение степени выраженности симптомов					
		Общий ан. мочи	1									
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочеви́на	1									
		Альфа-амилаза мочи	1									
		Копрограмма	1									
		Ан. кала на микрофлору	1									
		Ан. кала на паразиты	1									
		Ректоскопия	1									
		Консультация гинеколога (кратность всех исследований при обращении)	1									
		МУ, ГУ	Общий ан. крови					1	Консультация хирурга	То же	То же	То же
			Общий ан. мочи					1	УЗИ органов малого таза			
			Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочеви́на					1				
Копрограмма	1											
Ан. кала на микрофлору	1											
Ан. кала на паразиты	1											

Запор (K59.0)	РУ	УЗИ органов брюшной полости	1				
		Ирригоскопия	1				
		Сигмоскопия с биопсией	1				
		Консультация гинеколога (кратность всех исследований при обращении)	1				
		Общий ан. крови	1		Лечебное	Индивидуально	Уменьшение степени выраженности симптомов
		Общий ан. мочи	1		функциональное		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины	1		питание с акцентом на пищевые волокна		
		Копрограмма	1		Бисакодил внутрь по 5–15 мг/сут или ректально по 10–20 мг/сут		
		Ан. кала на микрофлору	1				
	Ан. кала на паразиты	1					
	Ректоскопия	1					
	Консультация гинеколога (кратность всех исследований при обострении)	1					
	Общий ан. крови	1	Консультация хирурга	То же	То же		
	МУ, ГУ	Общий ан. мочи	1	УЗИ органов малого таза			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины	1				
		Копрограмма	1				
		Ан. кала на микрофлору	1				
		Ан. кала на паразиты	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
Ирригоскопия		1					
Сигмоскопия с биопсией		1					
Консультация гинеколога (кратность всех исследований при обострении)		1					
Функциональная диарея (K59.1)		РУ	Общий ан. крови	1	Консультация гинеколога	Исключение продуктов, по отношению к которым выявлена интолерантность	По требованию или курсами 4 нед.
	Общий ан. мочи		1				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины		1				
	Альфа-амилаза мочи		1				
	Копрограмма		1				
	Ан. кала на микрофлору		3				
	Ан. кала на паразиты		3				
	УЗИ органов брюшной полости и поджелудочной железы		1				
	Ректоскопия (с биопсией) (кратность всех исследований при обострении)	1		Пробное питание в режиме низкого содержания лактозы			
	МУ, ГУ	Общий ан. крови	1	УЗИ органов малого таза	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Консультация гинеколога			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, мочевины	1				
					Лоперамид 0,002 1–2 р/сут		
					Спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)		

		Копрограмма	1				
		Ан. кала на микрофлору	3				
		Ан. кала на паразиты	3				
		УЗИ органов брюшной полости и поджелудочной железы	1				
		Ирригоскопия	1				
		Сигмоскопия с биопсией (кратность всех исследований при обострении)	1				
Алкогольная болезнь РУ печени (K70)		Общий ан. крови + тромбоциты	2	Ректоскопия	Полноценное питание	Индивидуально	Стабилизация процесса
		Общий ан. мочи	2	Консультация: хирурга, инфекциониста	При наличии хронического гепатита – лечение соответствует K73		Купирование активности процесса
Алкогольная жировая дистрофия печени [жирная печень] (K70.0)		Протромбиновый индекс (далее – ПТИ)	2		При наличии цирроза – лечение соответствует K74		Компенсация или контроль осложнений
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, билирубин, мочевины	2				
		Иммунологическое исследование: поверхностный антиген вирусного гепатита В (далее – HBsAg), антитела к вирусу гепатита С (далее – antiHCV)	1				
Алкогольный гепатит (K70.1)		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФЭГДС	1				
Алкогольный фиброз и склероз печени (K70.2)		ЭКГ	1				
		(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)					
Алкогольный цирроз печени (K70.3)							
	МУ, ГУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Сигмоскопия	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия			
		ПТИ	2	Ректоскопия			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, гаммаглутамилтранспептидаза (далее – ГГТП), щелочная фосфатаза (далее – ЩФ), протеинограмма, мочевины, кислота	2	Консультация хирурга			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Консультация инфекциониста			
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФГДС	1				
		ЭКГ	1				
		(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)					
	ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Биохимическое исследование крови:	Коррекция проводимого лечения		
		Общий ан. мочи	1	сывороточное железо,			
		ПТИ	2	общая			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ,	2	железосвязывающая			

		протеинограмма, триацилглицериды, мочева кислота			способность сыворотки (далее – ОЖСС), ферритин, трансферрин, церулоплазмин, медь			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1		сыворотки крови			
		Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1		Экскреция меди с мочой			
		УЗИ органов брюшной полости	1		Содержание порфиринов в моче			
		ФГДС	1		Колоноскопия			
		ЭКГ	1		Ирригоскопия			
					КТ органов брюшной полости			
					Консультация хирурга			
	Респ. У	То же			То же + Полимеразная цепная реакция (HCV-RNA, HBV-DNA)	Коррекция проводимого лечения		
Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках (K73)	РУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Ректоскопия	Силибинин 70–140 мг 3 р/сут внутрь	Индивидуально	Стабилизация процесса	
		Общий ан. мочи	2	Консультация: хирурга, инфекциониста	Продолжение начатого в стационаре лечения		Купирование активности процесса	
		ПТИ	2		аутоиммунного гепатита средней степени			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, мочевины	2		активности по одной из схем:			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1		И. Преднизолон 30–40 мг/сут внутрь – при достижении эффекта (обычно в течение месяца), суточную дозу уменьшают на 5 мг/мес. до уровня поддерживающей (5–10– 15 мг/сут), которая остается на несколько лет			
		УЗИ органов брюшной полости	1		II. Преднизолон 10–20 мг/сут внутрь + азатиоприн 50–100 мг/сут внутрь, поддерживающие дозы 5–10 мг/сут преднизолона + 25–50 мг/сут			
		ФЭГДС	1					
		ЭКГ	1					
		(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)						
	МУ, ГУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Сигмоскопия	То же	То же	То же	
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия				

		ПТИ	2	Консультация: хирурга,			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, протеинограмма, мочевиная кислота	2	инфекциониста			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФГДС	1				
		ЭКГ	1				
		(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)					
ОУ		Общий ан. крови + тромбоциты	2	Колоноскопия	Коррекция проводимого лечения	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия			
		ПТИ	2	КТ органов брюшной полости	Продолжение начатого в стационаре лечения		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, протеинограмма, триацилглицерины, мочевиная кислота	2	Сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, трансферрин,	тяжелого аутоиммунного гепатита по одной из схем:		
		Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	церулоплазмин, медь сыворотки крови	I. Преднизолон внутрь 60 мг – 1-я нед., 40 мг – 2-я нед., 30 мг – 3-я и 4-я нед., 20 мг –		
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Экскреция меди с мочой	поддерживающая доза; схема отмены: 15 мг – 1 нед., 10 мг – 1 нед., 5 мг – 2 нед., 2,5 мг – 1 нед., прекращение		
		УЗИ органов брюшной полости	1	Содержание порфиринов в моче	II. Преднизолон внутрь 30 мг – 1-я нед., 20 мг – 2-я нед., 15 мг – 3-я и 4-я нед., 10-я –		
		ФГДС	1	Консультация хирурга	поддерживающая доза + азатиоприн внутрь 50 мг постоянно после 1-й нед.; схема отмены: преднизолон 7,5 мг – 2 нед., 5 мг – 2 нед., 2,5 мг – 2 нед.; азатиоприн 50 мг 3 недели, 25 мг 3 недели, прекращение		
		ЭКГ	1				
Фиброз и цирроз печени (K74)	РУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	ФЭГДС	Полноценное питание	Индивидуально	Купирование активности процесса
		Общий ан. мочи	2	Ректоскопия	При наличии признаков активности: силибинин		Компенсация или
		ПТИ	2	Рентгенограмма органов грудной клетки	70–140 мг 3 р/сут внутрь		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевиная	2	Обзорная	При отечно-		

	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV УЗИ органов брюшной полости ЭКГ (кратность всех исследований при ухудшении)	1	рентгенограмма брюшной полости	асцитическом синдроме: ограничение соли до 4 г/сут		контроль осложнений
		1	Консультация: хирурга,	фуросемид 40 мг/сут + спиронолактон 100 мг/сут (возможно повышение доз диуретиков до 80 мг/сут фуросемида и 200 мг/сут спиронолактона)		
		1	инфекциониста	При рефрактерном асците: серийные терапевтические парацентезы При портосистемной энцефалопатии (далее – ПСЭ) латентной и I–II ст. (развитии или прогрессировании): ограничение белка в пище до 1 г/кг/сут, метронидазол 0,25 3 р/сут внутрь 7 сут Для профилактики ПСЭ: контроль потребления белка (1–1,5 г/кг/сут) Профилактика кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка (первичная и вторичная): одно из ЛС или их комбинации: пропранолол 80–320 мг/сут и/или изосорбида мононитрат 20 мг/сут или изосорбида динитрат 10–20 мг/сут		
МУ, ГУ	Общий ан. крови + тромбоциты Общий ан. мочи ПТИ Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, протеинограмма, мочевиная кислота, мочевиная, креатинин	2	Биохимическое исследование крови:	То же	То же	То же
		1	электролиты (К, Na)			
		2	ФЭГДС			
		2	Сигмоскопия Рентгенограмма органов грудной клетки			

		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	2	Обзорная снимок брюшной полости			
		УЗИ органов брюшной полости	1	Ирригоскопия			
		ЭКГ	1	Консультация: хирурга, инфекциониста			
	ОУ	(кратность при ухудшении)					
		Общий ан. крови + тромбоциты	2	Биохимическое исследование крови:	Коррекция проводимого лечения	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	электролиты (К, Na)			
		ПТИ	2	Сывороточное железо, ОЖСС, церулоплазмин			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, протеинограмма, триацилглицериды, креатинин	2	Колоноскопия			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Ирригоскопия			
		УЗИ органов брюшной полости	1	ФЭГДС			
		ЭКГ	1	КТ органов брюшной полости			
	Респ. У	(кратность при ухудшении)		Консультация: хирурга, инфекциониста			
				То же + полимеразная цепная реакция (HCV-RNA, HBV-DNA)	Коррекция проводимого лечения		
Первичный билиарный цирроз печени (К74.3)	РУ	На районном уровне не устанавливается		Ректоскопия	При установленном диагнозе:	Постоянно	Контроль симптомов и осложнений
		При установленном диагнозе:		Рентгенограмма грудной клетки	Урсодезоксихолевая кислота 12–15 мг/кг/сут		
		Общий ан. крови + тромбоциты	2	Обзорный снимок брюшной полости	Панкреатин в дозе по липазе 30 000–60 000 ЕД		
		Общий ан. мочи	2	Консультация хирурга	Ph. Eur. /сут		
		ПТИ	2	Консультация инфекциониста	Другое лечение по коррекции осложнений – см. К74		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины	2	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV			
		УЗИ органов брюшной полости	1	ФЭГДС			
		ЭКГ	1				
		(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)					
	МУ, ГУ	На межрайонном уровне не устанавливается			То же	То же	Контроль симптомов и осложнений
		При установленном диагнозе:		ФЭГДС			
		Общий ан. крови + тромбоциты	2	Сигмоскопия			
		Общий ан. мочи	2	Рентгенограмма органов грудной клетки			
		ПТИ	2	Обзорный снимок брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины	2	Ирригоскопия			
		УЗИ органов брюшной полости	1	Консультация: хирурга, инфекциониста			
		ЭКГ	1	ФЭГДС			
		(кратность всех исследований при ухудшении, далее 2 р/год или индивидуально)		Иммунологическое			

				исследование: HBsAg, antiHCV			
	ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Биохимическое	Урсодезоксихолевая		
		Общий ан. мочи	1	исследование крови:	кислота 12–15 мг/кг/сут		
		ПТИ	2	сывороточное железо,	Панкреатин в дозе по		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, протеинограмма, триацилглицериды, креатинин	2	ОЖСС, церулоплазмин	липазе 30 000–60 000 ЕД		
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Колоноскопия	Ph. Eur. /сут		
		УЗИ органов брюшной полости	1	Ирригоскопия	Коррекция назначенного		
		ЭКГ	1	КТ органов брюшной	лечения		
		ФЭГДС	1	полости			
	Респ. У	То же		Консультация: хирурга, инфекциониста			
				То же +	Панкреатин в дозе по		
				Полимеразная цепная	липазе 30 000–60 000 ЕД		
				реакция (HCV-RNA, HBV-DNA)	Ph. Eur. /сут		
					Урсодезоксихолевая		
					кислота 12–15 мг/кг/сут		
					Коррекция назначенного		
					лечения		
Жировая дегенерация печени, не классифицированная в других рубриках (K76.0)	РУ	Общий ан. крови + тромбоциты	1	Ректоскопия	Полноценное питание	1 мес.	Отсутствие активности процесса в печени
		Общий ан. мочи	1	Консультация хирурга	При наличии признаков		
		ПТИ	1	Консультация	стеатогепатита – лечение		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины	2	инфекциониста	соответствует K73		
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФЭГДС	1				
		ЭКГ	1				
		(кратность всех исследований при ухудшении)					
	МУ, ГУ	Общий ан. крови + тромбоциты	1	Сигмоскопия	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия			
		ПТИ	1	Ректоскопия			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, протеинограмма, мочевины	2	Консультация			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	инфекциониста			
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФГДС	1				
		ЭКГ	1				
		(кратность всех исследований при ухудшении)					
	ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты	1	Колоноскопия	Коррекция проводимого		То же
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия	лечения		

		ПТИ	1	КТ органов брюшной				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, протеинограмма, триацилглицерины, мочева кислота	2	Консультация хирурга				
		Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	Консультация инфекциониста				
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Сывороточное железо, церулоплазмин				
		УЗИ органов брюшной полости	1	Колоноскопия				
		ФГДС	1	Ирригоскопия				
		ЭКГ	1	КТ органов брюшной полости				
			1	Консультация хирурга				
			1	Сывороточное сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, трансферрин, церулоплазмин, медь сыворотки крови				
				Экскреция меди с мочой				
				Содержание порфиринов в моче				
				Консультация хирурга				
Хронический холецистит (K81.1)	РУ	Общий ан. крови	1–2	ФЭГДС	Спазмолитики	8–10 сут	Купирование обострения	
		Общий ан. мочи	1	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	(дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины	1	Консультация хирурга				
		Альфа-амилаза мочи	1	Обзорная				
		УЗИ органов брюшной полости	1	рентгенограмма				
		ЭКГ	1	Ректоскопия				
		(кратность при ухудшении)		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	Консультация хирурга			То же
МУ, ГУ	То же		Обзорный снимок брюшной полости					
			Сигмоскопия					
			Ирригоскопия					
Другие уточненные болезни желчного пузыря	РУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	Спазмолитики	8–10 сут	Купирование симптомов	
		Общий ан. мочи	1	Консультация хирурга	(дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины	1	Обзорный снимок брюшной полости				
		Альфа-амилаза мочи	3	Ректоскопия				
		ФГДС	1					
		УЗИ органов брюшной полости	1					
Дискинезия желчного пузыря (K82.8)								

		ЭКГ (кратность при ухудшении)	1				
	МУ, ГУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Консультация хирурга			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины	1	Обзорная			
		Альфа-амилаза мочи	3	рентгенограмма			
		ФГДС	1	брюшной полости			
		УЗИ органов брюшной полости	1	Сигмоскопия			
		ЭКГ (кратность при ухудшении)	1	Ирригоскопия			
Спазм сфинктера Одди (K83.4)	РУ	Общий ан. крови	1–2	Консультация хирурга	Для купирования или предупреждения приступа болей:	4 нед.	Купирование болевого синдрома
		Общий ан. мочи	1	Обзорная	нифедипин 0,01 или нитроглицерин 0,0005		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины	1	рентгенограмма	при болях или перед едой		
		Альфа-амилаза мочи	3	брюшной полости	Спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)		
		ФЭГДС	1		Парацетамол до 2 г/сут		
		УЗИ органов брюшной полости	1		внутри		
		ЭКГ (кратность при ухудшении)	1				
	МУ, ГУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Консультация хирурга			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины	1	Обзорный снимок			
		Альфа-амилаза мочи	3	брюшной полости			
		ФЭГДС	1	Сигмоскопия			
		УЗИ органов брюшной полости	1	Ирригоскопия			
		ЭКГ (кратность при ухудшении)	1				
	ОУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	Коррекция проводимого лечения	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Обзорный снимок			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, амилаза, амилаза панкреатическая, липаза, мочевины	1	брюшной полости			
		Альфа-амилаза мочи	3	Сигмоскопия			
		ФЭГДС	1	Ирригоскопия			
		УЗИ органов брюшной полости	1	КТ органов брюшной			
		ЭКГ	1	полости			
				ЭРХПГ			
				Консультация хирурга			

	Респ. У	То же		То же + эндосонография	Коррекция проводимого лечения	То же	То же
Хронический панкреатит алкогольной этиологии (K86.0)	РУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины Альфа-амилаза мочи ФГДС УЗИ органов брюшной полости Обзорная рентгенограмма брюшной полости ЭКГ (кратность при ухудшении)	1–2	Консультация хирурга	Лечебное функциональное питание Исключение из употребления продуктов, по отношению к которым выявлена интолерантность Пробное питание в режиме низкого содержания лактозы Спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) Панкреатин в дозе по липазе – 150 000–300 000 ЕД Ph. Eur. /сут Блокаторы H ₂ -гистаминорецепторов (ранитидин 150–300 мг/сут или фамотидин 20– мг/сут внутрь) или ИПП (омепразол 20–40 мг/сут) Парацетамол до 2 г/сут внутрь	4 нед.	Купирование обострения
			1	Рентгенограмма грудной клетки			
Другие хронические панкреатиты (K86.1)	МУ, ГУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, белок, СРБ, мочевины, креатинин, электролиты (К, Na, Cl) Альфа-амилаза мочи ФГДС УЗИ органов брюшной полости ЭКГ (кратность при ухудшении)	1–2	Консультация хирурга	То же	4 нед.	Купирование обострения
			1	Обзорный снимок брюшной полости Сигмоскопия Ирригоскопия			
	ОУ	Общий ан. крови Общий ан. мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, амилаза, амилаза панкреатическая, липаза, мочевины	1–2	Консультация хирурга	Коррекция проводимого лечения		
			1	Обзорный снимок брюшной полости			
			1	Сигмоскопия			
			1	Ирригоскопия			

		Альфа-амилаза мочи	3	КТ органов брюшной			
		ФГДС	1	полости			
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ЭКГ (кратность при ухудшении)	1				
	Респ. У	То же		То же + Эндосонография	Коррекция проводимого лечения		
Целиакия (K90.0)	РУ	На районном уровне не диагностируется При установленном диагнозе проводится:			При установленном диагнозе проводится симптоматическое лечение	Прием препаратов курсами или по показаниям	Уменьшение степени выраженности симптомов
		Общий ан. крови	1		Лечебное		
		Общий ан. мочи	1		функциональное и		
		Альфа-амилаза мочи	1		аглиадиновое		
		Ан. кала на скрытую кровь	1		низколактозное питание		
		Ан. кала на микрофлору	3		Исключение из		
		Ан. кала на паразиты	3		употребления		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины (кратность при ухудшении)	1		продуктов, по отношению к которым выявлена интолерантность		
					Спазмолитики		
					(дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)		
					Лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь		
	МУ, ГУ	На межрайонном уровне не диагностируется При установленном диагнозе соответствует предыдущему уровню			При установленном диагнозе соответствует предыдущему уровню	То же	Уменьшение степени выраженности симптомов
	ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	1	Консультация хирурга	Лечебное		
		Общий ан. мочи	1	УЗИ органов малого таза	функциональное и		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АЛАТ, АСТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное сывороточное железо	1	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	аглиадиновое		
		Ан. крови на антиглиадиновые антитела	1		низколактозное питание		
		Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1		Исключение из		
		Копрограмма	1		употребления		
		Ан. кала на микрофлору	1		продуктов, по отношению к которым выявлена интолерантность		
		Ан. кала на паразиты	3		Спазмолитики		
		ФГДС с дуоденоскопической биопсией для оценки вилиозной атрофии	1		(дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)		
		УЗИ органов брюшной полости	1		Лоперамид 0,002 1–2		

Сигмо/колоноскопия с биопсией	1	р/сут внутрь
Ирригоскопия (кратность при ухудшении)	1	Коррекция проводимого лечения

Диагностика и лечение при оказании стационарной медицинской помощи

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания	
		Диагностика			Лечение			
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность		
1	2	3	4	5	6	7	8	
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (K21.0)	РУ	Общий ан. крови	1	Рентгенограмма грудной клетки	Ингибиторы протонной помпы	8–10 сут	Купирование клинических и эндоскопических явлений эзофагита	
		Общий ан. мочи	1	Рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	(далее – ИПП): омепразол 20 мг 2 р/сут с последующим снижением дозы до поддерживающей (1/2 лечебной), при легких формах блокаторы H ₂ -гистаминорецепторов: ранитидин 150 мг 2 р/сут или фамотидин 20 мг 2 р/сут внутрь с последующим снижением дозы до поддерживающей (1/2 лечебной)			
		Исследование кала на скрытую кровь	1					
		ФЭГДС	1–2					
			ЭКГ	1				
		МУ, ГУ, ОУ	Общий ан. крови		Велоэргометрия	То же	То же	То же
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевины, сывороточное железо			Рентгеноскопия грудной клетки				
	Общий ан. мочи		1	Рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, в т.ч. на трохоскопе				
	Исследование кала на скрытую кровь		1					
	ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода		1					
ЭКГ	1							
Язва желудка (K25.7)	РУ	Общий ан. крови	1	Тест на H. pylori (при наличии)	При рецидиве язвы: блокаторы H ₂ -гистаминорецепторов (ранитидин 300 мг/сут)	12–14 сут	Купирование клинических проявлений рецидива	
		Общий ан. мочи	1					
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, общий белок	1					

	Ан. кала на скрытую кровь	1	коек в больнице или	или фамотидин 40			
	Определение группы крови и Rh-фактора	1	амбулаторного приема)	мг/сут в 1 или 2			Заживление
	ФЭГДС с гастробиопсией	1	Рентгеноскопия желудка	приема) или ИПП			язвенного дефекта,
	Гистологическое исследование биоптата	1	с двойным	(омепразол 20 мг 1			отсутствие
	УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы	1	контрастированием	р/сут)			морфологических
	Контрольная ФЭГДС с гастробиопсией и гистологическим исследованием биоптата	1	Консультация хирурга	Дополнительные			(гистологических)
	ЭКГ	1	Консультация онколога	варианты лечения:			признаков
				висмута трикалия			неопластического
				дицитрат 480 мг/сут			процесса
				Невсасывающиеся			
				антациды по			
				требованию			
				В случае H. pylori-			
				ассоциированной язвы			
				возможно проведение			
				эрадикационной			
				терапии в строгом			
				соответствии с			
				протоколами (рубрика			
				K25 «Протоколы			
				обследования и			
				лечения больных в			
				амбулаторных			
				условиях»)			
МУ, ГУ	Общий ан. крови	1	Рентгеноскопия желудка	То же		То же	То же
	Общий ан. мочи	1	с двойным				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, сывороточное железо	1	контрастированием				
	Ан. кала на скрытую кровь	1	Биохимическое				
	Определение группы крови и Rh-фактора	1	исследование крови:				
	ФЭГДС с гастробиопсией	1	электролиты (Cl)				
	Гистологическое исследование биоптата	1	Консультация: хирурга,				
	Тест на H. pylori	1	онколога				
	УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы	1					
	Контрольная ФЭГДС с гастробиопсией и гистологическим исследованием биоптата	1					
	ЭКГ	1					
ОУ	Общий ан. крови	1	Рентгеноскопия желудка	То же		То же	То же
	Общий ан. мочи	1	с двойным				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, белок, сывороточное железо	1	контрастированием				
	Ан. кала на скрытую кровь	1	pH-метрия				
	Определение группы крови и Rh-фактора	1	Консультация: хирурга,				
	ФЭГДС с гастробиопсией	1	онколога				
	Гистологическое исследование биоптата	1	Ан. крови на Cl, Ca				
	Тест на H. pylori	1	УЗИ щитовидной и				
			паращитовидных желез				

		УЗИ органов брюшной полости, поджелудочной железы	1										
		Контрольная ФЭГДС с гастробиопсией и гистологическим исследованием биоптата	1										
		ЭКГ	1										
Язва двенадцатиперстной кишки (К26.7)	РУ	Общий ан. крови	1	Тест на <i>H. pylori</i> (при наличии специализированных гастроэнтерологических коек в больнице) Рентгеноскопия желудка с релаксационной дуоденографией УЗИ органов брюшной полости и поджелудочной железы Ан. крови на <i>Cl</i> Консультация хирурга	При рецидиве язвы: блокаторы H_2 -гистаминорецепторов (ранитидин 300 мг/сут или фамотидин 40 мг/сут в 1 или 2 приема) или ИПП (омепразол 20 мг 1 р/сут) Дополнительные варианты лечения: висмута трикалия дицитрат 480 мг/сут Антацидные средства по показаниям В случае <i>H. pylori</i> -ассоциированной язвы возможно проведение эрадикационной терапии в строгом соответствии с протоколами (рубрика К25.7 «Протоколы обследования и лечения больных в амбулаторных условиях») Возможно проведение эмпирической эрадикационной терапии, если ранее эрадикация не проводилась	12–14 сут	Купирование клинических проявлений рецидива						
		Общий ан. мочи	1										
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, белок	1										
		Ан. кала на скрытую кровь	1										
		Определение группы крови и Rh-фактора	1										
		ФЭГДС	1										
		Контрольная ФЭГДС (при стойком отсутствии болевого синдрома, признаков осложнения, достаточной длительности антисекреторной терапии может не выполняться)	1										
		ЭКГ	1										
								Общий ан. крови	1	Рентгеноскопия желудка с релаксационной дуоденографией УЗИ органов брюшной полости и поджелудочной железы рН-метрия Ан. крови на <i>Cl</i> , <i>Ca</i>	То же	То же	То же
								Общий ан. мочи	1				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, белок, сывороточное железо	1										
		Ан. кала на скрытую кровь	1										
		Определение группы крови и Rh-фактора	1										
		ФЭГДС с гастробиопсией	1										
		Тест на <i>H. pylori</i>	1										

		Контрольная ФЭГДС (при стойком отсутствии болевого синдрома, признаков осложнения, достаточной длительности антисекреторной терапии может не выполняться)	1	Консультация хирурга			
		ЭКГ	1	УЗИ щитовидной и паращитовидных желез			
ОУ		Общий ан. крови	1	Рентгеноскопия желудка	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	с релаксационной дуоденографией			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, сывороточное железо	1	УЗИ органов брюшной полости и поджелудочной железы			
		Ан. кала на скрытую кровь	1	рН-метрия			
		Определение группы крови и Rh-фактора	1	Биохимическое исследование крови:			
		ФЭГДС с гастробиопсией	1	электролиты (Cl, Ca)			
		Тест на H. pylori	1	Консультация хирурга			
		Контрольная ФЭГДС (при стойком отсутствии болевого синдрома, признаков осложнения, достаточной длительности антисекреторной терапии может не выполняться)	1	УЗИ щитовидной и паращитовидных желез			
		ЭКГ	1				
Болезнь Крона [регионарный энтерит] (K50)	РУ	Общий ан. крови	3		При легкой степени тяжести:	14–21 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов
		Общий ан. мочи	3		Базовое медикаментозное лечение		Целесообразно направить на ОУ
		Альфа-амилаза мочи	2		1-й уровень: сульфасалазин 4–6 г/сут или месалазин 2–3 г/сут – 4 нед. внутрь и/или ректально (свечи)		
		Ан. кала на скрытую кровь	1		2-й уровень (при неэффективности первого): + преднизолон в клизмах 30–60 мг/сут – 2 нед.		
		Ан. кала на микрофлору	3		3-й уровень (при неэффективности 2-го): рассматривать как средней тяжести		
		Ан. кала на паразиты	3		Диетотерапия: специального лечебного стола нет, ограничение молока		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, мочевины	1		Энтеральное питание		
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1		Физиотерапия противопоказана		
		Рентгенограмма грудной клетки	1		При средней и тяжелой степени лечение		
		Пальцевое исследование прямой кишки	1				
		Ректоскопия (с биопсией)	1				
		ФЭГДС	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		УЗИ органов малого таза	1				
		ЭКГ	1				
		Консультация хирурга	1				
		Консультация гинеколога	1				

МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	3	Дуоденосюнальная биопсия для оценки вилиозной атрофии Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na) Энтерография	проводится только на областном уровне То же При средней и тяжелой степени лечение проводится только на областном уровне	14–21 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов и воспаления слизистой кишечника Целесообразно направить на ОУ
	Общий ан. мочи	3				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевина, общий белок, альбумин, СРБ	2				
	Копрограмма	2				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	УЗИ органов малого таза	1				
	Сигмоскопия с биопсией	1				
	Ирригоскопия	1				
	ФЭГДС	1				
	ЭКГ	1				
	Консультация: хирурга, гинеколога	1				
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–6	Дуоденосюнальная биопсия для оценки вилиозной атрофии Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na)	При легкой степени тяжести: Базовое медикаментозное лечение 1-й уровень: сульфасалазин 4–6 г/сут или месалазин 2–3 г/сут – 4 нед. внутрь и/или ректально (свечи) 2-й уровень (при неэффективности первого): + преднизолон в клизмах – 30–60 мг/сут – 2 нед. 3-й уровень (при неэффективности 2-го): рассматривать как средней тяжести и продолжить 2-й уровень до 4 нед. Диетотерапия: специального лечебного стола нет, ограничение молока Энтеральное или зондовое питание	14–21–28–56 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов (клинический индекс активности) и уменьшение степени воспаления слизистой кишечника, отсутствие прогрессирования и формирования осложнений При отсутствии эффекта хирургическое лечение
	Общий ан. мочи	3				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевина, креатинин, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо	2–6				
	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1				
	Ан. крови на антиглиадиновые антитела	1				
	Копрограмма	1				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	ФГДС с биопсией из подозрительных участков	1				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	УЗИ органов малого таза	1				
	Сигмо/колоноскопия с биопсией	1				
	Ирригоскопия	1				
КТ органов брюшной полости	1					
Энтерография	1					
Консультация: хирурга, гинеколога	1					

Физиотерапия
противопоказана
При средней степени
тяжести (не назначать
лоперамид, кодеин,
препараты железа,
седативные):
Базовое
медикаментозное
лечение
1-й уровень:
сульфасалазин 6–8
г/сут или месалазин 3–
4 г/сут внутрь или
преднизолон в клизмах
40–60 мг/сут – 4 нед.
2-й уровень (при
неэффективности
первого): +
преднизолон внутрь –
20–40 мг/сут
3-й уровень (при
неэффективности 2-
го): сульфасалазин 6–8
г/сут или месалазин 4–
6 г/сут внутрь или
ректально +
преднизолон внутрь
и/или в клизмах 60–
100 мг/сут – 4 нед. +
цефалоспорин
парентерально по 2
г/сут 10–14 сут
Резервный вариант:
сульфасалазин 6–8
г/сут или месалазин 4–
6 г/сут + преднизолон
внутри и/или в клизмах
60–100 мг/сут – 4
нед. + метронидазол
парентерально по 1
г/сут 10 суток
*при
неэффективности –
рассматривать как
тяжелую степень

Возможное:
Висмута трикалия
дицитрат в дозе 300–
600 мг/сут – 4–6 нед.
Диетотерапия:
специального
лечебного стола нет,
ограничение молока,
исключение грубых
полимеров
Энтеральное или
зондовое или
частичное
парентеральное
питание
Физиотерапия
противопоказана
При тяжелой степени
(без угрозы
токсической
дилатации не
назначать лоперамид,
кодеин, препараты
железа, седативные)
Базовое
медикаментозное
лечение
1-й уровень:
сульфасалазин 6–8
г/сут или месалазин 4–
6 г/сут внутрь +
преднизолон внутрь
40–60 мг/сут +
преднизолон в клизмах
60–100 мг/сут +
регидратация +
частичное
парентеральное
питание – 1–2 нед.
2-й уровень (при
неэффективности
первого): +
цефотаксим
парентерально по 2–4
г/сут 5–7 суток, при
неэффективности –

хирургическое лечение
с продолжением
терапии

Резервный вариант
сульфасалазин 6–8
г/сут или месалазин 4–
6 г/сут внутрь +
преднизолон 40–60
мг/сут парентерально +
100–200 мг/сут
преднизолон в
клизмах – 1–2 нед. +
метронидазол 1,0–2,0
г/сут парентерально 7–
10 сут

3-й уровень (при
неэффективности 2-
го): решение о
проведении
хирургического
лечения

Возможное:
азатиоприн 2 мг/кг/24
часа или
меркаптопурин 1,5
мг/кг каждые 6/24 часа
дополнительно к
месалазину, особенно
при
противопоказаниях к
преднизолону
циклоспорин 4
мг/кг/24 часа
непрерывно в течение
7 сут в ожидании
хирургического
лечения

Диетотерапия:
специального
лечебного стола нет,
энтеральное или
зондовое питание или
частичное
парентеральное
питание

Физиотерапия –

Язвенный колит (K51) РУ	Общий ан. мочи	3	ФЭГДС	противопоказана При отсутствии эффекта – хирургическое лечение	14–21 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов Целесообразно направить на ОУ
	Альфа-амилаза мочи	3				
	Ан. кала на скрытую кровь	1				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, мочевины	1				
	Обзорный снимок брюшной полости	1				
	ЭКГ	1				
	Рентгенография грудной клетки	1				
	Пальцевое исследование прямой кишки	1				
	Ректоскопия (с биопсией)	1				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	УЗИ органов малого таза	1				
	Консультация хирурга	1				
	Консультация гинеколога	1				
МУ, ГУ	Общий ан. крови	3	ФЭГДС	То же	14–21 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов Целесообразно направить на ОУ
	Общий ан. мочи	3				
	Альфа-амилаза мочи	3				
	Ан. кала на скрытую кровь	1				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, мочевины	3				
		3				
	3	Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na)	При средней и тяжелой степени лечение проводится только на региональном или республиканском уровне			
	3	Энтерография	При средней и тяжелой степени лечение проводится только на областном уровне			

	Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости	1				
	ЭКГ	1				
	Рентгенограмма грудной клетки	1				
	Пальцевое исследование прямой кишки	1				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	Сигмоскопия с биопсией	1				
	Ирригоскопия	1				
	Консультация: хирурга, гинеколога	1				
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–6	Дуоденосюнальная биопсия для оценки вилиозной атрофии Биохимическое исследование крови: электролиты (К, Na) Энтерография	При легкой степени тяжести: Базовое медикаментозное лечение 1-й уровень: сульфасалазин 4–6 г/сут или месалазин 2–3 г/сут – 4 нед. внутрь и/или ректально (свечи) 2-й уровень (при неэффективности первого): + преднизолон в клизмах 30–60 мг/сут в 1–2 приема – 2 нед. 3-й уровень (при неэффективности 2-го): рассматривать как средней тяжести Диетотерапия: специального лечебного стола нет, ограничение молока Энтеральное или зондовое питание Физиотерапия противопоказана При средней степени тяжести (не назначать лоперамид, кодеин, препараты железа, седативные): Базовое медикаментозное лечение 1-й уровень:	14–21–28–56 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов (клинический индекс активности) и степени воспаления слизистой кишечника, отсутствие прогрессирования и формирования осложнений При отсутствии эффекта хирургическое лечение
	Общий ан. мочи	3				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин, СРБ, сывороточное железо	2–6				
	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1				
	Ан. крови на антиглиадиновые антитела	1				
	Копрограмма	2				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	ФЭГДС с биопсией из подозрительных участков	1				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	УЗИ органов малого таза	1				
	Сигмо/колоноскопия с биопсией	1				
	Ирригоскопия	1				
	КТ органов брюшной полости	1				
	Консультация: хирурга, гинеколога	1				

сульфасалазин
4–6 г/сут или
месалазин 2–3 г/сут – 4
нед. внутрь и/или
ректально (свечи)
2-й уровень (при
неэффективности
первого): +
преднизолон в клизмах
30–60 мг/сут в 1–2
приема – 2 нед.
3-й уровень (при
неэффективности 2-
го): рассматривать как
средней тяжести
Возможное:
Висмута трикалия
дицитрат 300–600
мг/сут – 4–6 нед.
Диетотерапия:
специального
лечебного стола нет,
ограничение молока,
исключение грубых
полимеров
Энтеральное через рот
или зондовое питание
или частичное
парентеральное
Физиотерапия
противопоказана
При тяжелой степени
(без угрозы
токсической
дилатации, не
назначать доперамид,
кодеин, препараты
железа, седативные)
Базовое
медикаментозное
лечение
1-й уровень:
сульфасалазин 6–8
г/сут или месалазин 4–
6 г/сут внутрь +
преднизолон внутрь

40–60 мг/сут +
преднизолон в клизмах
60–100 мг/сут +
регидратация +
частичное
парентеральное
питание – 1–2 нед.
2-й уровень (при
неэффективности
первого): +
цефотаксим
парентерально по 2–4
г/сут 5–7 сут, при
неэффективности –
хирургическое лечение
с продолжением
терапии
Резервный вариант:
сульфасалазин 6–8
г/сут или мезалазин 4–
6 г/сут внутрь +
преднизолон 40–60
мг/сут парентерально +
100–200 мг/сут в
клизмах – 1–2 нед. +
метронидазол 1,0–2,0
г/сут парентерально 7–
10 сут
3-й уровень (при
неэффективности 2-
го): решение о
проведении
колэктомии
Возможное:
– азатиоприн 2
мг/кг/24 часа или
меркаптопурин 1,5
мг/кг каждые 6/24 часа
дополнительно к
месалазину, особенно
при
противопоказаниях к
преднизолону
– циклоспорин 4
мг/кг/24 часа
непрерывно в течении

					7 сут в ожидании колэктомии Диетотерапия: специального лечебного стола нет, энтеральное или зондовое или частичное парентеральное питание Физиотерапия противопоказана При отсутствии эффекта – колэктомия		
Радиационный гастроэнтерит и колит (K52.0)	РУ	Общий ан. крови с гематокритом	3	Консультация: хирурга, уролога	Висмута трикалия дицитрат внутрь 300–600 мг/сут 4 нед.	14–21 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов Целесообразно направить на ОУ
		Общий ан. мочи	3				
		Альфа-амилаза мочи	2				
		Ан. кала на скрытую кровь	1				
		Ан. кала на микрофлору	3				
		Ан. кала на паразиты	3				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, мочевины, общий белок, альбумин	1				
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1				
		ЭКГ	1				
		Рентгенограмма грудной клетки	1				
		Пальцевое исследование прямой кишки	1				
		Ректоскопия (с биопсией)	1				
		Консультация: хирурга, гинеколога	1				
	МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4				
		Общий ан. мочи	3				
		Ан. кала на скрытую кровь	1				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин	2–4				
		Копрограмма	2				
		Ан. кала на микрофлору	3				
		Ан. кала на паразиты	3				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		УЗИ органов малого таза	1				
		Ирригоскопия	1				
		Сигмоскопия с биопсией	1				
		Консультация: хирурга, гинеколога	1				

				– спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь Бактерийные препараты на основе лактобактерий, колибактерий, бифидобактерий и их комбинаций в среднетерапевтических дозах Энтеральное питание При средней и тяжелой степени лечение проводится только на областном уровне		
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Колоноскопия с биопсией	При легкой степени	14–32 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов и уменьшение степени воспаления слизистой кишечника, отсутствие прогрессирования и формирования осложнений
	Общий ан. мочи	3	Специальное	тяжести		
	Ан. кала на скрытую кровь	1	гинекологическое	Базовое		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевина, общий белок, альбумин, СРБ, сывороточное железо	2–4	обследование	медикаментозное		
	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	Специальное урологическое	лечение		
	Ан. кала на микрофлору	3	обследование	1-й уровень: сульфасалазин 4–6 г/сут или месалазин 2– 3 г/сут внутрь в 3–4		
	Ан. кала на паразиты	3	КТ органов брюшной полости	приема и/или ректально (свечи) в 1– 2 приема		
	ФГДС с биопсией из подозрительных участков	1		2-й уровень (при неэффективности первого): + преднизолон в клизмах 30–60 мг/сут – 2 нед.		
	УЗИ органов брюшной полости	1		3-й уровень (при неэффективности 2- го): рассматривать как средней тяжести		
	УЗИ органов малого таза	1		Дополнительно спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь),		
	Сигмоскопия с биопсией	1				
	Ирригоскопия	1				
	ЭКГ	1				
	Энтерография	1				
	Консультация: хирурга, гинеколога	1				

лоперамид 0,002 1–2
р/сут внутрь
Бактерийные
препараты на основе
лактобактерий,
колибактерий,
бифидобактерий и их
комбинаций в
среднетерапевтических
дозах
Диетотерапия:
специального
лечебного стола нет,
ограничение молока
Энтеральное питание
Физиотерапия
противопоказана
При средней степени
тяжести (не назначать
лоперамид, кодеин,
препараты железа,
седативные):
Базовое
медикаментозное
лечение
1-й уровень:
сульфасалазин
6–8 г/сут или
месалазин 3–4 г/сут
внутри или ректально
+ преднизолон в
клизмах 40–60 мг/сут –
4 нед.
2-й уровень (при
неэффективности
первого): +
преднизолон внутрь –
20–40 мг/сут
3-й уровень (при
неэффективности 2-
го): сульфасалазин 6–8
г/сут или месалазин 4–
6 г/сут внутри или
ректально +
преднизолон внутрь
и/или в клизмах 60–

100 мг/сут – 4 нед. +
цефотаксим
парентерально по 2
г/сут 10–14 сут
Резервный вариант:
сульфасалазин 6–8
г/сут или месалазин 4–
6 г/сут + преднизолон
внутри и/или в клизмах
60–100 мг/сут – 4
нед. + метронидазол
парентерально по 1
г/сут 10 сут
*при
неэффективности –
рассматривать как
тяжелую степень
Возможное:
Висмута трикалия
дицитрат в дозе 300–
600 мг/сут – 4–6 нед.
Дополнительно:
спазмолитики
(дротаверин 40 мг 3
р/сут или папаверин 40
мг 3 р/сут внутри)
Бактерийные
препараты на основе
лактобактерий,
колибактерий,
бифидобактерий и их
комбинаций в
среднетерапевтических
дозах
Диетотерапия:
специального
лечебного стола нет,
ограничение молока,
исключение грубых
полимеров
Энтеральное питание
Физиотерапия
противопоказана
При тяжелой степени:
Базовое
медикаментозное

лечение

1-й уровень:

сульфасалазин 6–8

г/сут или месалазин 4–

6 г/сут внутрь +

преднизолон внутрь

40–60 мг/сут + в

клизмах 60–100 мг/сут

+ регидратация +

частичное

парентеральное

питание – 1–2 нед.

2-й уровень (при

неэффективности

первого): +

цефалоспорин

парентерально по 2–4

г/сут 5–7 суток, при

неэффективности –

хирургическое лечение

с продолжением

терапии

Резервный вариант:

сульфасалазин 6–8

г/сут или месалазин 4–

6 г/сут внутрь +

преднизолон 40–60

мг/сут парентерально +

100–200 мг/сут в

клизмах – 1–2 нед. +

метронидазол 1,0–2,0

г/сут парентерально 7–

10 сут

3-й уровень (при

неэффективности 2-

го): решение о

проведении

колэктомии

Возможное:

– азатиоприн 2

мг/кг/24 часа или

меркаптопурин 1,5

мг/кг каждые 6/24 часа

дополнительно к

месалазину, особенно

при

Токсический гастроэнтерит и колит (K52.1)	РУ	Общий ан. крови с гематокритом	3	противопоказаниях к преднизолону – циклоспорин 4 мг/кг/24 часа непрерывно в течении 7 суток в ожидании колэктомии Диетотерапия: специального лечебного стола нет, ограничение молока Энтеральное или зондовое питание или частичное парентеральное питание Физиотерапия противопоказана	12–14 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов и воспаления слизистой кишечника При отсутствии эффекта направление на МУ или ОУ
		Общий ан. мочи	3			
		Альфа-амилаза мочи	2			
		Ан. кала на скрытую кровь	1			
		Ан. кала на микрофлору	3			
		Ан. кала на паразиты	3			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, мочеви́на	1			
		Обзорный снимок брюшной полости	1			
		ЭКГ	1			
		Рентгенограмма грудной клетки	1			
		Пальцевое исследование прямой кишки	1			
		Ректоскопия (с биопсией)	1			
		Консультация: хирурга, гинеколога	1			
		Исключить идентифицированное вещество Функциональное элиминационное питание Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта: – антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут, возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут, – спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь При псевдомембранозном колите – метронидазол 1 г/сут внутрь 10 сут Бактерийные препараты на основе				

					лактобактерий, колибактерий, бифидобактерий и их комбинаций в среднетерапевтических дозах		
	МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Биохимическое	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	2	исследование крови:			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин	2–4	электролиты (К, Na)			
		Копрограмма	1				
		Ан. кала на микрофлору	3				
		Ан. кала на паразиты	3				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		УЗИ органов малого таза	1				
		Ирригоскопия	1				
		Сигмоскопия с биопсией	1				
		Консультация: хирурга, гинеколога	1				
		ЭКГ	1				
	ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Ан. крови на	Коррекция		
		Общий ан. мочи	3	антиглиадиновые	проводимого лечения		
		Биохимическое исследование крови глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинин, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо	2–4	антитела			
		Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	Биохимическое			
		Копрограмма	2	исследование крови:			
		Ан. кала на микрофлору	3	электролиты (К, Na)			
		Ан. кала на паразиты	3	Консультация хирурга			
		ФГДС	1	КТ органов брюшной			
		УЗИ органов брюшной полости	1	полости			
		УЗИ органов малого таза	1	Энтерография			
		Сигмо/колоноскопия с биопсией	1				
		Ирригоскопия	1				
		ЭКГ	1				
Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит (K52.2)	РУ	Общий ан. крови с гематокритом	2–3		Исключить	10–12 сут	Уменьшение
		Общий ан. мочи	2		идентифицированное		степени
		Альфа-амилаза мочи	1		вещество		выраженности
		Ан. кала на скрытую кровь	3		Функциональное		симптомов
		Ан. кала на микрофлору	3		элиминационное		Целесообразно
		Ан. кала на паразиты	1		питание		направление на МУ
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, мочевины	1		Медикаментозная		или ОУ
		Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1		терапия проводится в		
		ЭКГ	1		зависимости от		
					клинического		

	Рентгенограмма грудной клетки	1		варианта:		
	Пальцевое исследование прямой кишки	1		– антацидные средства		
	Ректоскопия (с биопсией)	1		по 1 дозе 3 р/сут,		
	Консультация: хирурга, гинеколога	1		возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут,		
				– спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)		
				– лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь		
МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	2–3	Биохимическое	То же	То же	То же
	Общий ан. мочи	2	исследование крови:			Целесообразно
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин, СРБ	2	электролиты (К, Na)			направление на ОУ
	Копрограмма	1	Консультация хирурга			
	Ан. кала на микрофлору	3	Консультация гинеколога			
	Ан. кала на паразиты	3	УЗИ органов малого таза			
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	Ирригоскопия	1				
	Сигмоскопия с биопсией	1				
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Ан. крови на	Исключить	10–14–28 сут	Уменьшение
	Общий ан. мочи	3	антиглиадиновые	идентифицированное		степени
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, СРБ, альбумин, сывороточное железо	2–4	антитела	вещество		выраженности
	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	Биохимическое исследование крови:	Функциональное элиминационное питание		симптомов и уменьшение степени воспаления
	Копрограмма	1	электролиты (К, Na)	Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического		слизистой кишечника
	Ан. кала на микрофлору	3	Консультация: хирурга, гинеколога	варианта:		
	Ан. кала на паразиты	3	УЗИ органов малого таза	– антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут,		
	ФГДС с биопсией	1		возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут,		
	УЗИ органов брюшной полости	1		– спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)		
	Сигмо/колоноскопия с биопсией	1		– лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь		
	Ирригоскопия	1		Резервный вариант:		
	Энтерография	1				

				сульфасалазин 4 г/сут или месалазин 2 г/сут внутри + преднизолон 20 мг/сут внутри 14 сут Частичное или полное энтеральное или парентеральное питание		
Другие уточненные неинфекционные гастроэнтериты и колиты (K52.8)	РУ	На районном уровне данные виды колита (лимфоцитарного, коллагенозного, эозинофильного) не устанавливаются При установленном диагнозе: Общий ан. крови с гематокритом 2 Общий ан. мочи 1 Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, общий белок, альбумин, мочевины 2 Копрограмма 1 Ан. кала на микрофлору 1 Ан. кала на паразиты 1 ЭКГ 1		При установленном диагнозе проводится симптоматическое лечение Лечебное функциональное и низколактозное питание Исключение из употребления продуктов, по отношению к которым выявлена интолерантность Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта: – антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут, возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут, – спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутри) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутри Энтеральное питание То же	10–14 сут	Направление на ОУ и Респ. уровень
	МУ, ГУ	На районном уровне данные виды колита (лимфоцитарного, коллагенозного, эозинофильного) не устанавливаются: При установленном диагнозе Общий ан. крови с гематокритом 2 Общий ан. мочи 2		То же	То же	То же

	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины	2				
	Копрограмма	1				
	Ан. кала на микрофлору	1				
	Ан. кала на паразиты	1				
	ЭКГ	1				
	Ирригоскопия	1				
	Сигмоскопия с биопсией	1				
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	3–4	Консультация: хирурга, гинеколога УЗИ органов малого таза	Лечебное функциональное и низколактозное питание Исключение из употребления продуктов, по отношению к которым выявлена интолерантность Медикаментозная терапия проводится в зависимости от клинического варианта: – антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут, возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут, – спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь Резервный вариант: сульфасалазин 4 г/сут внутрь или мезалазин 2 г/сут + преднизолон 20 мг/сут внутрь 14 сут Частичное или полное энтеральное или парентеральное питание	10–14 сут	Уменьшение степени выраженности симптомов и уменьшение степени воспаления слизистой кишечника
	Общий ан. мочи	3				
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин, СРБ, сывороточное железо, электролиты (К, Na)	2–4				
	Ан. крови на антиглиадиновые антитела	1				
	Копрограмма	1				
	Ан. кала на микрофлору	3				
	Ан. кала на паразиты	3				
	ФГДС с биопсией из подозрительных участков	1				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	УЗИ органов малого таза	1				
	Колоноскопия с множественной биопсией (через каждые 20–30 см)	1				
	Ирригоскопия	1				
	Энтерография	1				
РУ	Общий ан. крови с гематокритом	2–3				
	Общий ан. мочи	1				

Неинфекционный
гастроэнтерит и колит
неуточненный (K52.9)

	Альфа-амилаза мочи	1		низколактозное		выраженности
	Ан. кала на скрытую кровь	1		питание		симптомов и
	Ан. кала на микрофлору	3		Исключение из		уменьшение степени
	Ан. кала на паразиты	3		употребления		воспаления
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, общий белок, альбумин, мочевины	1–2		продуктов, по отношению к которым		слизистой
	Обзорная рентгенограмма брюшной полости	1		выявлена		кишечника
	ЭКГ	1		интолерантность		Направление на МУ
	Рентгенограмма грудной клетки	1		Медикаментозная		или ОУ
	Пальцевое исследование прямой кишки	1		терапия проводится в зависимости от		
	Ректоскопия (с биопсией)	1	Консультация: хирурга, инфекциониста, гинеколога	клинического варианта: – антацидные средства по 1 дозе 3 р/сут, возможно применение активированного угля по 12–15 г/сут, – спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) – лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь		
МУ, ГУ	Общий ан. крови с гематокритом	2–3	Консультация: хирурга, гинеколога	То же	7–14 сут	Уменьшение степени
	Общий ан. мочи	2				выраженности
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин, СРБ	1–2	УЗИ органов малого таза			симптомов и
	Копрограмма	1				уменьшение степени
	Ан. кала на микрофлору	3				воспаления
	Ан. кала на паразиты	3				слизистой
	УЗИ органов брюшной полости	1				кишечника
	Ирригоскопия	1				Направление на ОУ
	Сигмоскопия с биопсией	1				
	ЭКГ	1				
ОУ	Общий ан. крови с гематокритом	2–3	Ан. крови на антиглиадиновые	Лечебное функциональное и	7–14–28 сут	Уменьшение степени
	Общий ан. мочи	1	антитела	аглиадиновое		выраженности
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, альбумин, СРБ, сывороточное железо	1–2	Биохимическое исследование крови:	низколактозное		симптомов и
	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	электролиты (К, Na)	питание		уменьшение степени
	Копрограмма	1	Консультация: хирурга, гинеколога	Исключение из употребления		воспаления
	Ан. кала на микрофлору	3		продуктов, по отношению к которым		слизистой
	Ан. кала на паразиты	3		выявлена		кишечника

		ФГДС с биопсией из подозрительных участков	1		интолерантность		
		УЗИ органов брюшной полости	1		Медикаментозная		
		УЗИ органов малого таза	1		терапия проводится в		
		Колоноскопия с множественной биопсией (через каждые 20–30 см)	1		зависимости от		
		Ирригоскопия	1		клинического		
		Энтерография	1		варианта:		
					– антацидные средства		
					по 1 дозе 3 р/сут,		
					возможно применение		
					активированного угля		
					по 12–15 г/сут,		
					– спазмолитики		
					(дротаверин 40 мг 3		
					р/сут или папаверин 40		
					мг		
					3 р/сут внутрь)		
					– лоперамид 0,002 1–2		
					р/сут внутрь		
					Резервный вариант:		
					сульфасалазин 4 г/сут		
					или месалазин 2 г/сут		
					внутри + преднизолон		
					20 мг/сут внутрь 14 сут		
					Частичное или полное		
					энтеральное или		
					парентеральное		
					питание		
Дивертикулярная болезнь кишечника (K57)	РУ	Общий ан. крови	1	Консультация: хирурга,	Диета, обогащенная	7–8 сут	Уменьшение
		Общий ан. мочи	1	гинеколога	пищевыми волокнами		степени
		Ан. кала на скрытую кровь	1	Обзорная рентгенограмма	Медикаментозная		выраженности
		Ан. кала на микрофлору	1–3	брюшной полости	терапия проводится по		симптомов
Дивертикулярная болезнь тонкой кишки без прободения и абсцесса (K57.1)		Ан. кала на паразиты	1–3		преобладающему		
		Копрограмма	1		симптому:		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, мочевины	1		Спазмолитики:		
		Пальцевое исследование прямой кишки	1		дротаверин 40 мг 3		
Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса (K57.3)		Ректоскопия	1		р/сут или папаверин 40		
		ЭКГ	1		мг 3 р/сут внутрь		
					Лоперамид 0,002 1–2		
					р/сут		
					Бисакодил внутрь по		
					5–15 мг/сут или		
					ректально по 10–20		
					мг/сут		
	МУ, ГУ, Общий ан. крови		1	Консультация хирурга	То же	То же	То же
	ОУ, Общий ан. мочи		1	Консультация гинеколога			
	Респ. У Ан. кала на микрофлору		1–3	УЗИ органов малого таза			

		Ан. кала на паразиты	1–3				
		Копрограмма	1				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, мочевины	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		Ирригоскопия	1				
		Сигмоскопия	1				
		ЭКГ	1				
Алкогольная болезнь печени (K70)	РУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Ректоскопия	Полноценное питание	10–12 сут	Стабилизация процесса
		Общий ан. мочи	1	Консультация: хирурга, инфекциониста	Силибинин 70–140 мг 3 р/сут		Купирование активности процесса
		ПТИ	2		При наличии цирроза – лечение соответствует K74		Компенсация или контроль осложнений
Алкогольная жировая дистрофия печени [жирная печень] (K70.0)		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, общий белок, альбумин, мочевины	2				
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФЭГДС	1				
		ЭКГ	1				
Алкогольный гепатит (K70.1)							
Алкогольный фиброз и склероз печени (K70.2)							
Алкогольный цирроз печени (K70.3)							
	МУ, ГУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Сигмоскопия	Полноценное питание	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия	Силибинин 70–140 мг 3 р/сут		
		ПТИ	2	Ректоскопия	При наличии цирроза – лечение соответствует K74		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, гаммаглутамилтранспептидаза (далее – ГГТП), щелочная фосфатаза (далее – ЩФ), общий белок, альбумин, мочевины	2	Консультация: хирурга, инфекциониста			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФГДС	1				
		ЭКГ	1				
	ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Колоноскопия	То же +	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия	Эссенциальные фосфолипиды по 250–500–1000 мг/сут в/в		
		ПТИ	2	КТ органов брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, протеинограмма, триацилглицериды, мочевины	2	Биопсия печени			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Биохимическое исследование крови:			
		УЗИ органов брюшной полости	1	сывороточное железо,			
		ФГДС	1	общая сывороточное			
		ЭКГ	1	железосвязывающая			

					способность сыворотки (далее – ОЖСС), ферритин, трансферрин, церулоплазмин, медь сыворотки крови Экскреция меди с мочой Содержание порфиринов в моче Консультация: хирурга, инфекциониста				
	Респ. У	То же			То же + Полимеразная цепная реакция (HCV-RNA, HBV-DNA)	Коррекция проводимого лечения	То же	То же	
Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках (K73)	РУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Ректоскопия	Силибинин 70–140 мг	10–14 сут	Стабилизация процесса Купирование активности процесса		
		Общий ан. мочи	1	Консультация: хирурга, инфекциониста	3 р/сут				
		ПТИ	2		При аутоиммунном гепатите лечение проводится на областном уровне				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, общий белок, альбумин, мочевины	2		При тяжелом алкогольном, токсическом и лекарственном гепатитах лечение проводится на межрайонном, областном уровне				
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1						
		УЗИ органов брюшной полости	1						
		ФЭГДС	1						
		ЭКГ	1						
	МУ, ГУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Сигмоскопия	Силибинин 70–140 мг	10–18 сут	Стабилизация процесса Купирование активности процесса		
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия	3 р/сут				
		ПТИ	2	Консультация: хирурга, инфекциониста	При тяжелом алкогольном гепатите, токсическом и лекарственном гепатитах:				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, альбумин, мочевины	2		урсодезоксихолевая кислота 12–15 мг/кг/сут, возможно назначение преднизолона 100 мг/сут парентерально				
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1		Частичное энтеральное питание				
		ФГДС	1						
		ЭКГ	1						
	ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Колоноскопия	Эссенциальные фосфолипиды 250–	То же	То же		
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия	1000 мг/сут в/в или 300				
		ПТИ	2	КТ органов брюшной					

Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, протеинограмма, триацилглицериды, мочевины, креатинин, мочевая кислота	2	полости	мг
Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV		Биопсия печени	3 р/сут внутрь
УЗИ органов брюшной полости	1	Консультация хирурга	При тяжелом
ФГДС	1	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК,	алкогольном гепатите, токсическом и лекарственном
ЭКГ	1	уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность, антимитохондриальные антитела УЗИ органов брюшной полости	гепатитах: урсодезоксихолевая кислота 12–15 мг/кг/сут, возможно назначение преднизолона 100 мг/сут парентерально
		Сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, трансферрин, церулоплазмин, медь сыворотки крови	Схемы лечения аутоиммунного гепатита средней степени активности:
		Экскреция меди с мочой	I. Преднизолон 30–40 мг/сут – при
		Содержание порфиринов в моче	достижении эффекта (обычно в течение месяца), суточную дозу уменьшают на 5 мг/мес. до уровня поддерживающей дозы (5–10–15 мг/сут), которая остается на несколько лет
		Полимеразная цепная реакция (HCV-RNA, HBV-DNA)	II. Преднизолон 10–20 мг/сут + азатиоприн 50–100 мг/сут, поддерживающие дозы 5–10 мг/сут преднизолона + 25–50 мг/сут
			При тяжелом аутоиммунном гепатите лечение проводится на областном уровне
			Схемы лечения тяжелого аутоиммунного гепатита:
			I. Преднизолон внутрь 60 мг – 1-я нед., 40

					<p>мг – 2-я нед., 30 мг – 3-я и 4-я нед., 20 мг – поддерживающая доза; схема отмены: 15 мг – 1 нед., 10 мг – 1 нед., 5 мг – 2 нед., 2,5 мг – 1 нед., прекращение</p> <p>II. Преднизолон внутрь 30 мг – 1-я нед., 20 мг – 2-я нед., 15 мг – 3-я и 4-я нед., 10 – поддерживающая доза + азатиоприн внутрь 50 мг постоянно после 1-й нед.; схема отмены: преднизолон 7,5 мг – 2 нед., 5 мг – 2 нед., 2,5 мг – 2 нед.; азатиоприн 50 мг 3 недели, 25 мг 3 недели, прекращение</p> <p>Частичное энтеральное питание</p>		
Фиброз и цирроз печени (K74)	РУ	<p>Общий ан. крови + тромбоциты</p> <p>Общий ан. мочи</p> <p>ПТИ</p> <p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, общий белок, альбумин, мочевины</p> <p>Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>ЭКГ</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>ФЭГДС</p> <p>Ректоскопия</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки</p> <p>Обзорная рентгенограмма брюшной полости</p> <p>Консультация: хирурга, инфекциониста</p>	<p>Полноценное питание</p> <p>При наличии признаков активности: силибинин 70–14 мг 3 р/сут</p> <p>При отечно-асцитическом синдроме: ограничение поваренной соли до 4 г/сут фуросемид 40 мг/сут внутрь + спиронолактон 100 мг/сут внутрь (возможно постепенное пропорциональное повышение доз диуретиков максимально до 160 мг/сут фуросемида и 400 мг/сут</p>	10–14 сут	<p>Купирование активности процесса</p> <p>Контроль осложнений</p>

спиронолактона
внутри)
При рефрактерном
асците:
серийные
терапевтические
парацентезы в
индивидуальном
режиме
При спонтанном
бактериальном
перитоните:
цефотаксим 2,0 в/м 2
р/сут – 5 сут
При ПСЭ (латентной и
I–II ст.):
ограничение белка в
пище до 1 г/кг/сут,
препараты
разветвленных
аминокислот внутри
0,25 г/кг/сут или в/в,
лактuloза внутри под
контролем стула
(критерий достаточной
дозы – мягкий стул 2–3
р/сут) и/или орнитин
до 20 г/сут в/в и/или
метронидазол 0,25 3
р/сут внутри
При ПСЭ (III–IV ст.):
в течение 48 часов в/в
вводятся
концентрированные
растворы глюкозы,
обеспечивающие
поступление 2000
ккал/сут, далее, если
больной может
принимать пищу,
начальное потребление
белка составляет 0,5
г/кг/сут, после
купирования ПСЭ III–
IV ст. постепенное
повышение

МУ, ГУ Общий ан. крови + тромбоциты Общий ан. мочи	2 1	Биохимическое исследование крови:	<p>потребления белка до появления признаков intolerance или физиологической нормы – 1–1,5 г/кг/сут, очистительная клизма, орнитин до 20 г/сут в/в и/или лактулоза внутрь/через назогастральный катетер/в клизмах под контролем стула и/или метронидазол 0,25 3 р/сут внутрь и/или разветвленные аминокислоты в/в, затем внутрь 0,25 г/кг/сут</p> <p>Для профилактики ПСЭ:</p> <p>контроль потребления белка (1–1,5 г/кг/сут), лактулоза внутрь под контролем стула, разветвленные аминокислоты внутрь 0,25 г/кг/сут</p> <p>Профилактика кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка (первичная и вторичная): одно из ЛС или их комбинации: пропранолол 80–320 мг/сут внутрь и/или изосорбида мононитрат 20 мг/сут внутрь или изосорбида динитрат 10–20 мг/сут внутрь</p> <p>Частичное энтеральное питание</p>	То же	То же	То же
--	--------	--------------------------------------	---	-------	-------	-------

	ПТИ	2	электролиты (К, Na),			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, альбумин, мочевины	2	креатинин			
	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	ФЭГДС			
	УЗИ органов брюшной полости	1	Сигмоскопия			
	ЭКГ	1	Рентгенограмма грудной клетки			
		1	Обзорная рентгенограмма брюшной полости			
		1	Ирригоскопия			
		1	Консультация: хирурга, инфекциониста			
ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Биохимическое исследование крови:	То же +	То же	То же
	Общий ан. мочи	1	сывороточное железо,	Эссенциальные		
	ПТИ	2	ОЖСС, церулоплазмин,	фосфолипиды 250–		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, протеинограмма, триацилглицериды, креатинин	2	электролиты (К, Na)	1000 мг/сут в/в		
	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Колоноскопия			
	УЗИ органов брюшной полости	1	Ирригоскопия			
	ЭКГ	1	ФЭГДС			
		1	КТ органов брюшной полости			
			Биопсия печени			
			Консультация: хирурга, инфекциониста			
			Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность			
Респ. У	То же		То же +	То же	То же	То же
			Полимеразная цепная реакция (HCV-RNA, HBV-DNA)			
Первичный билиарный РУ цирроз печени (K74.3)	На районном уровне не устанавливается		Рентгенограмма грудной клетки	При установленном ранее диагнозе:	10–14 сут	Контроль клинических симптомов, осложнений
	При установленном ранее диагнозе:		Обзорный снимок органов брюшной полости	Урсодезоксихолевая кислота 12–15 мг/кг/сут		
	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Консультация хирурга	Другое лечение по коррекции осложнений – см. K74		
	Общий ан. мочи	2		Панкреатин в дозе по липазе 30 000 ЕД Ph. Eur./сут		
	ПТИ	2		То же		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, общий белок, альбумин, мочевины	2				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	ЭКГ	1				
	ФЭГДС	1				
МУ, ГУ	На межрайонном уровне не устанавливается		ФЭГДС	То же	То же	То же
	При установленном ранее диагнозе:		Сигмоскопия			

	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Рентгенограмма грудной клетки			
	Общий ан. мочи	1	Обзорный снимок			
	ПТИ	2	брюшной полости			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, общий белок, альбумин, мочевины	2	Ирригоскопия			
	УЗИ органов брюшной полости	1	Консультация: хирурга,			
	ЭКГ	1	инфекциониста			
ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Колоноскопия	Урсодезоксихолевая кислота 12–15 мг/кг/сут	То же	То же
	Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия			
	ПТИ	2	КТ органов брюшной полости	Другое лечение по коррекции осложнений – см. К74		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, протеинограмма, мочевины, креатинин	2	Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (далее – ЭРХПГ)	Панкреатин в дозе по липазе 30 000 ЕД Ph. Eur./сут		
	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1	Консультация: хирурга,			
	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	инфекциониста			
	УЗИ органов брюшной полости	1	Сывороточное железо, ОЖСС, церулоплазмин			
	ЭКГ	1				
	ФЭГДС	1				
	Биопсия печени	1				
Респ. У	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Колоноскопия	То же	То же	То же
	Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия			
	ПТИ	2	КТ органов брюшной полости			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, протеинограмма, триацилглицерина, мочевины, мочевая кислота	2	ЭРХПГ			
	Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность, антимиохондриальные антитела	1	Эндосонография			
	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Консультация: хирурга,			
	УЗИ органов брюшной полости	1	инфекциониста			
	ЭКГ	1	Сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, трансферрин, церулоплазмин, медь сыворотки крови			
	ФГДС	1	Экскреция меди с мочой			
	Биопсия печени	1	Содержание порфиринов в моче			
			Полимеразная цепная реакция (HCV-RNA, HBV-DNA)			
Жировая дегенерация печени, неклассифицированная в других рубриках (К76.0)	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Ректоскопия	При наличии признаков стеатогепатита – лечение соответствует К73	10–12 сут	Отсутствие активности процесса в печени
	Общий ан. мочи	1	Консультация: хирурга,			
	ПТИ	2	инфекциониста			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины, общий белок, альбумин	2				
	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1				

		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФЭГДС	1				
		ЭКГ	1				
	МУ, ГУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Сигмоскопия	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия			
		ПТИ	2	Ректоскопия			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, альбумин	2	Консультация инфекциониста			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ФГДС	1				
		ЭКГ	1				
	ОУ	Общий ан. крови + тромбоциты	2	Колоноскопия	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Ирригоскопия			
		ПТИ	2	КТ органов брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, общий белок, альбумин, триацилглицериды, мочева кислота	2	Биопсия печени			
		Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1	Консультация: хирурга, инфекциониста			
		УЗИ органов брюшной полости	1	Биохимическое исследование крови:			
		ФГДС	1	сывороточное железо,			
		ЭКГ	1	церулоплазмин			
				ОЖСС, ферритин,			
				трансферрин,			
				церулоплазмин, медь			
				сыворотки крови			
				Экскреция меди с мочой			
				Содержание порфиринов в моче			
Хронический холецистит (K81.1)	РУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	Спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь)	8–10 сут	Купирование обострения
		Общий ан. мочи	1	Консультация хирурга			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, мочевины	1	Обзорный снимок брюшной полости			
		Альфа-амилаза мочи	3	Ректоскопия			
		ФГДС	1				
	УЗИ органов брюшной полости	1					
	МУ, ГУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Обзорный снимок брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, мочевины	1	Сигмоскопия			
		Альфа-амилаза мочи	3				
ФГДС		1					
УЗИ органов брюшной полости	1						

	ЭКГ	1	Ирригоскопия Консультация хирурга			
ОУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое	То же	То же	То же
	Общий ан. мочи	1	исследование: HBsAg, antiHCV			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, амилаза, амилаза панкреатическая, липаза, мочевины	1	Обзорный снимок брюшной полости			
	Альфа-амилаза мочи	3	Сигмоскопия			
	ФГДС	1	Ирригоскопия			
	УЗИ органов брюшной полости	1	КТ органов брюшной полости			
	ЭКГ	1	ЭРХПГ Консультация хирурга			
Спазм сфинктера Одди РУ (K83.4)	Общий ан. крови	1–2	Обзорная рентгенограмма брюшной полости	Для купирования или предупреждения болей	8–10 сут	Купирование болей
	Общий ан. мочи	1	Консультация хирурга	нифедипин 0,01 или нитроглицерин 0,0005 под язык при болях или перед едой		
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, мочевины	1		Спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут, папаверин 40 мг 3 р/сут или мебеверин 200 мг 2 р/сут внутрь). Парацетамол до 2 г/сут внутрь		
	Альфа-амилаза мочи	3				
	ФЭГДС	1				
	УЗИ органов брюшной полости	1				
	ЭКГ	1				
МУ, ГУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое	То же	То же	То же
	Общий ан. мочи	1	исследование: HBsAg, antiHCV			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, мочевины, альфа-амилаза	1	Обзорный снимок брюшной полости			
	Альфа-амилаза мочи	3	Сигмоскопия			
	ФЭГДС	1	Ирригоскопия			
	УЗИ органов брюшной полости	1	Консультация хирурга			
ОУ	Общий ан. крови	1–2	Иммунологическое	То же	То же	То же
	Общий ан. мочи	1	исследование: HBsAg, antiHCV			
	Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, альфа-амилаза, амилаза панкреатическая, липаза, мочевины	1	Обзорный снимок брюшной полости			
	Альфа-амилаза мочи	3	Сигмоскопия			
	ФЭГДС	1	Ирригоскопия			
	УЗИ органов брюшной полости	1	КТ органов брюшной полости			
	ЭКГ	1	ЭРХПГ Консультация хирурга			

	Респ. У	То же		То же + Эндосонография	То же	То же	То же
Хронический панкреатит алкогольной этиологии (К86.0)	РУ	Общий ан. крови	1–2	Консультация хирурга	Лечебное функциональное питание Исключение из употребления продуктов, по отношению к которым выявлена интолерантность Пробное питание в режиме низкого содержания лактозы Спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) Панкреатин в дозе по липазе – 150 000–300 000 ЕД Ph. Eur./сут Блокаторы H ₂ -гистаминорецепторов (ранитидин 150–300 мг/сут или фамотидин 20–40 мг/сут внутрь или в/в) или ИПП (омепразол 20–40 мг/сут внутрь) Парацетамол до 2 г/сут внутрь	8–10 сут	Купирование обострения
		Общий ан. мочи	1	Рентгенограмма органов грудной клетки			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, мочевины, общий белок, альбумин	1				
		Альфа-амилаза мочи	3				
		ФГДС	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости	1				
Другие хронические панкреатиты (К86.1)	МУ, ГУ	Общий ан. крови	1–2	Консультация хирурга	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, альфа-амилаза, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, альбумин, СРБ, мочевины, креатинин, электролиты (К, Na, Cl)	1–2	Сигмоскопия			
		Альфа-амилаза мочи	3	Ирригоскопия			
		ФГДС	1				
		УЗИ органов брюшной полости	1				
		ЭКГ	1				
	ОУ	Общий ан. крови	1–2	Консультация хирурга	То же	То же	То же
		Общий ан. мочи	1	Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости			
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, альфа-амилаза, альфа-амилаза	1–2				

		панкреатическая, липаза, общий белок, альбумин, мочевиная, креатинин		Сигмоскопия				
		Альфа-амилаза мочи	3	Ирригоскопия				
		ФГДС	1	КТ органов брюшной полости				
		УЗИ органов брюшной полости	1	ЭРХПГ				
		ЭКГ	1					
Респ. У	То же			Консультация хирурга	То же	То же	То же	
				Обзорный снимок органов брюшной полости				
				Сигмоскопия				
				Ирригоскопия				
				КТ органов брюшной полости				
				ЭРХПГ				
				Эндосонография				
Целиакия (K90.0)	РУ	На районном уровне не диагностируется				При установленном диагнозе –	7–10 сут	Уменьшение степени
		При установленном диагнозе:				симптоматическое лечение		выраженности симптомов
		Общий ан. крови	1–2			Лечебное		Направление на этап
		Общий ан. мочи	1			функциональное и аглиадиновое		специализированной помощи
		Альфа-амилаза мочи				низколактозное питание		
		Ан. кала на скрытую кровь	11			Исключение из употребления		
		Ан. кала на микрофлору	1			продуктов, по отношению к которым		
		Ан. кала на паразиты	1			выявлена интолерантность		
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, билирубин, общий белок, альбумин, мочевиная	1–2			Спазмолитики (дротаверин 40 мг 3 р/сут или папаверин 40 мг 3 р/сут внутрь) Лоперамид 0,002 1–2 р/сут внутрь		
	МУ, ГУ	На межрайонном уровне не диагностируется				То же	То же	То же
		При установленном диагнозе соответствует предыдущему уровню						
	ОУ	Общий ан. крови	1–2	Консультация хирурга	То же		То же	То же
		Общий ан. мочи	1	УЗИ органов малого таза				
		Биохимическое исследование крови: глюкоза, АЛАТ, АСТ, мочевиная, общий белок, альбумин, СРБ, альбумин, сывороточное железо	1–2					

Ан. крови на антиглиадиновые антитела	1
Иммунограмма: классы сублимфоцитов, ЦИК, уровни иммуноглобулинов, фагоцитарная активность	1
Копрограмма	1
Ан. кала на микрофлору	3
Ан. кала на паразиты	3
Иммунологическое исследование: HBsAg, antiHCV	1
ФГДС с дуоденоеюнальной биопсией для оценки вилиозной атрофии	1
УЗИ органов брюшной полости	1
Сигмо/колоноскопия с биопсией	1
Ирригоскопия	1

Приложение 7
утратило силу

Приложение 8
утратило силу