

УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
21 июля 2016 № 90

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов
с заболеваниями органов пищеварения»

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи, пациентам старше 18 лет (далее - пациенты) с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных и стационарных условиях.
2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.
3. Для целей настоящего Клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасц Вярхоунага Савета Рэспублш Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460) а также следующие термины и их определения:
 - клинические критерии - важнейшие клинические признаки, комбинация которых позволяет предположить наличие у пациента определенного заболевания органов пищеварения, но не является достаточно специфичной для установления диагноза;
 - диагностические критерии - важнейшие клинические, лабораторные, инструментальные, морфологические признаки, на основании комбинации которых устанавливается диагноз определенного заболевания органов пищеварения;
 - обязательная диагностика - минимальный комплекс медицинских услуг, который выполняется пациенту с заболеванием органов пищеварения на любом уровне оказания медицинской помощи;
 - дополнительная диагностика - комплекс медицинских услуг, необходимость проведения которых определяется результатами обязательного обследования и которые проводятся с целью уточнения причины заболевания, степени тяжести, стадии патологического процесса.
4. Перечень обследований, необходимых для проведения диагностики заболеваний органов пищеварения на каждом из уровней оказания медицинской помощи, определен приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.02.2014г. № 76 «О совершенствовании оказания медицинской помощи пациентам с болезнями органов пищеварения».
5. При наличии у пациента неспецифического симптома, признака или отклонения от нормы, относящегося к органам пищеварения и выявленного при клинических или лабораторных исследованиях (шифр R10-R19 согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра), оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с приложением 1 к настоящему Клиническому протоколу.
6. При наличии у пациента клинических критериев определенного заболевания органов пищеварения оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с приложениями 2-6 настоящего Клинического протокола.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМОВ, ПРИЗНАКОВ И ОТКЛОНЕНИЙ ОТ НОРМЫ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ОРГАНАМ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1. Абдоминальная боль:

1.1. согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее - МКБ-10) абдоминальная боль классифицируется как:

- R10 боли в области живота и таза;
- R10.0 острый живот;
- R10.1 боли, локализованные в верхней части живота (эпигастральные боли);
- R10.2 боли в области таза и промежности;
- R10.3 боли, локализованные в других областях нижней части живота;
- R10.4 другие и неуточненные боли в области живота;

1.2. используются следующие определения абдоминальной боли:

абдоминальная боль – неприятное чувство, связанное с действительным или возможным повреждением тканей, или описанное в терминах этого повреждения, локализующееся в области живота;

острая абдоминальная боль – боль в животе, развивающаяся, как правило, быстро, реже – постепенно и имеющая небольшую временную продолжительность – до 7 дней;

хроническая абдоминальная боль – боль в животе, длящаяся более 7 дней;

острый живот – быстро развившаяся интенсивная абдоминальная боль, сопровождающаяся напряжением мышц живота;

1.3. оценка степени тяжести абдоминальной боли выполняется по визуально-аналоговой шкале от 1 до 10 баллов;

1.4. диагностика при острой абдоминальной боли проводится согласно таблице 1;

Таблица 1

Обязательная	Дополнительная ¹
Оценка наличия перитонеальных симптомов.	Эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭГДС).
Термометрия тела пациента. Общий анализ крови (далее – ОАК) Общий анализ мочи (далее – ОАМ). Биохимическое исследование крови (далее – БИК): концентрации билирубина, активности аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ), активности аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), активности щелочной фосфатазы (далее – ЩФ), активности гамма-глутамилтранспептидазы (далее – ГГТП), концентрации С-реактивного белка (далее – СРБ), амилазы (липазы), концентрации креатинина, мочевины, глюкозы. Диастаза мочи. Электрокардиограмма (далее – ЭКГ) Обзорная рентгенография органов брюшной полости (далее – ОБП). Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) ОБП. При локализации боли в нижних отделах живота: УЗИ малого таза; врачебная консультация врача-акушера-гинеколога. При локализации боли в верхних отделах живота: рентгенография органов грудной полости; врачебная консультация врача-хирурга.	Рентгенография желудка с пассажем бария по кишечнику. Колоноилеоскопия. Компьютерная томография (далее – КТ) ОБП.

1.5. диагностика при хронической абдоминальной боли проводится согласно таблице 2;

Таблица 2

Обязательная	Дополнительная ¹
Длина тела, масса тела, ИМТ. Термометрия тела пациента. ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, амилаза (липаза), креатинин, мочевина, глюкоза ЭКГ. УЗИ ОБП. При локализации боли в нижних отделах живота: УЗИ малого таза; врачебная консультация врача-акушера-гинеколога ЭГДС. Оценка соответствия критериям функциональных расстройств: длительность анамнеза не менее 6 месяцев, отсутствие «симптомов тревоги», приведенных в таблице 10 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу, наличие других критериев синдрома раздраженного кишечника (далее – СРК), функциональной диспепсии или функциональных расстройств желчного пузыря (далее – ЖП) и сфинктера Одди (далее – СО), приведенных в подпункте 31.5 пункта 31; подпункта 41.5 пункта 41; подпункта 42.5 пункта 42 приложения 1 к настоящему Клиническому протоколу. Колоноскопия (пациентам в возрасте старше 50 лет или старше 40 лет при наличии других факторов риска колоректального рака (далее – КРР), приведенных в таблице 15 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу.	Колоноилеоскопия. Рентгенография желудка. релаксационная дуоденоскопия. КТ (магнитно-резонансная томография (далее - МРТ)) ОБП с внутривенным контрастированием и контрастированием пищеварительного тракта. Энтерография. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (далее - МР-ХПГ). Эндосонография панкреатобилиарной системы. Энтероскопия (капсульная, двухбаллонная). Врачебная консультация врача-хирурга. Врачебная консультация врача-невролога. Врачебная консультация врача-психотерапевта (врача-психиатра).

1.6. показаниями для госпитализации пациентов с абдоминальной болью являются:

- острый живот;
- острая абдоминальная боль выраженной интенсивности;
- острая абдоминальная боль в сочетании с системными признаками воспаления;
- невозможность проведения обследования в амбулаторных условиях при хронической абдоминальной боли;

1.7. при острой абдоминальной боли пациенту рекомендуется голодание; до уточнения причины абдоминальной боли фармакотерапия не назначается.

2. Анемия:

2.1. анемии, связанные с питанием, согласно МКБ-10 классифицируются как:

- D50 железодефицитная анемия;
- D51 витамин-B12-дефицитная анемия;
- D52 фолиеводефицитная анемия;
- D53 другие анемии, связанные с питанием;

2.2. используется определение анемии:

анемия - снижение концентрации гемоглобина, как правило, при одновременном уменьшении числа эритроцитов;

2.3. при оценке степени тяжести анемии выделяют:

- легкую: гемоглобин менее 120 г/л у женщин (110 г/л – у беременных женщин) или 130 г/л у мужчин, но более 90 г/л;
- среднюю: гемоглобин 70-90 г/л;
- тяжелую: гемоглобин <70 г/л;

2.4. диагностика при анемии проводится согласно таблице 3;

Таблица 3

Обязательная	Дополнительная ¹
<p>Оценка статуса питания проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. Анализ пищевого анамнеза (соответствие фактического рациона потребностям в нутриентах и энергии) и фармакологического анамнеза (прием пациентом аминосалициловой кислоты, нестероидных противовоспалительных средств (далее – НПВС), антикоагулянтов, лекарственных средств, подавляющих кроветворение).</p> <p>ОАК, включая тромбоциты, ретикулоциты</p> <p>ОАМ.</p> <p>БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, железо, ферритин, общий белок.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Пальцевое исследование прямой кишки.</p> <p>Иммунохимический тест на скрытую кровь в кале (далее – ТСК).</p> <p>Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие.</p> <p>УЗИ ОБП</p> <p>ЭГДС с биопсией из желудка (2 биоптата из тела желудка – по малой и большой кривизне (первый флакон); 2 биоптата из антрального отдела – по малой и большой кривизне и 1 биоптат из угла желудка (второй флакон) и двенадцатиперстной кишки (не менее 3 биоптатов, включая биоптаты из постбульбарного отдела – 3-й флакон). Диагностика инфекции <i>Helicobacter pylori</i> (далее – Нр) (гистологический метод или ¹³С-дыхательный тест).</p> <p>Колоноскопия (пациентам в возрасте старше 50 лет или старше 40 лет при наличии других факторов риска КРР, приведенных в таблице 15 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу.</p> <p>УЗИ малого таза.</p> <p>Врачебная консультация врача-акушера-гинеколога.</p>	<p>Определение серологических маркеров целиакии: определение в сыворотке крови антиглиадиновых антител класса иммуноглобулинов G AGA-IgG, антител к тканевой трансглутаминазе класса иммуноглобулинов А (далее - tTGA-IgA).</p> <p>Колоноилеоскопия.</p> <p>КТ ОБП с внутривенным контрастированием.</p> <p>Врачебная консультация врача-гематолога.</p>

2.5. показанием для госпитализации пациента является анемия тяжелой степени;

2.6. при анемии легкой и средней степени тяжести фармакотерапия не проводится до уточнения причины анемии. При анемии тяжелой степени проводится трансфузия эритроцитарной массы.

3. Асцит:

3.1. согласно МКБ-10 асцит классифицируется как:

- R18 асцит;
- 3.2. используется определение асцита: асцит - скопление свободной жидкости в брюшной полости пациента;
- 3.3. при оценке степени тяжести асцита выделяют:

легкую (1 степень) – асцит выявляется у пациента при визуализирующих исследованиях;

умеренную (2 степень) – асцит определяется у пациента при физикальном исследовании;

выраженную (3 степень) – асцит сопровождается выраженным увеличением живота у пациента, определяется напряженный асцит;

3.4. диагностика при асците проводится согласно таблице 4;

3.5. показаниями для госпитализации пациента являются:

впервые выявленный асцит;

асцит 3 степени тяжести;

3.6. лечение пациента с асцитом включает:

ограничение при 1 и 2 степени асцита приема поваренной соли до 5 г/сут (натрия до 2 г/сут, включая натрий, поступающий с инфузионными растворами);

при асците 3 степени проведение парацентеза с эвакуацией большого объема жидкости в сочетании с инфузионной терапией в конце парацентеза (альбумин 6-8 г на каждый литр эвакуированной жидкости, плазмозаменители, кристаллоидные инфузионные растворы) с последующим назначением диуретиков и ограничением приема поваренной соли до 5 г/сут (натрия до 2 г/сут).

4. Гематокезия:

4.1. согласно МКБ-10 гематокезия классифицируется как:

- R19.5 другие изменения кала;
 4.2. используется определение гематохезии: гематохезия - наличие неизменной крови в кале;
 4.3. диагностика при гематохезии проводится согласно таблице 5;

Таблица 4

Обязательная	Дополнительная ¹
ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, глюкоза. Определение протромбинового индекса (далее – ПТИ) или международного нормализованного отношения (далее – МНО). ЭКГ. Рентгенография органов грудной полости. УЗИ ОБП с доплерографией сосудов системы воротной вены. ЭГДС УЗИ малого таза. Врачебная консультация врача-акушера-гинеколога. Диагностический парацентез с исследованием асцитической жидкости: количество клеток в 1 мл с их дифференцировкой, бактериологическое исследование, культура микобактерий туберкулеза, цитологическое исследование, белок, амилаза, сывороточно-асцитический градиент альбумина.	УЗИ сердца Врачебная консультация врача-кардиолога КТ ОБП и малого таза с внутривенным контрастированием. Колоноилеоскопия. Врачебная консультация врача-хирурга.

Таблица 5

Обязательная	Дополнительная ¹
Оценка статуса питания проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. Анализ пищевого анамнеза пациента (соответствие фактического рациона потребностям в нутриентах и энергии) и фармакологического анамнеза пациента (прием аminosалициловой кислоты, НПВС, антикоагулянтов, лекарственных средств, подавляющих кроветворение, лекарственных средств, содержащих железо, активированного угля). Термометрия тела пациента. ОАК. ОАМ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, СРБ, железо, ферритин. ЭКГ Пальцевое исследование прямой кишки. Иммунохимический ТСК. Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие. Ректосигмоскопия.	Врачебная консультация врача-проктолога. Колоноилеоскопия. УЗИ органов брюшной полости, включая кишечник. ЭГДС. Энтероскопия (капсульная или двухбаллонная).

- 4.4. показанием для госпитализации пациента с гематохезией является:
 профузное кровотечение;
 анемия средней или тяжелой степени;
 невозможность проведения обследования пациента в амбулаторных условиях;

- 4.5. лечение пациента с гематохезией включает:
 ограничение употребления клетчатки;
 при анемии тяжелой степени – трансфузия эритроцитарной массы;
 при анемии легкой или средней степени фармакологическая коррекция анемии не проводится до установления источника кровотечения;
 при признаках гиповолемии – инфузионная терапия (плазмозаменители, кристаллоидные инфузионные растворы).

5. Гепатомегалия:

- 5.1. согласно МКБ-10 гепатомегалия классифицируется как:
 R16.0 гепатомегалия, не классифицированная в других рубриках;
 гепатомегалия БДУ;
 5.2. используется определение гепатомегалии: гепатомегалия - увеличение размеров печени, определяемое любым методом исследования;
 5.3. диагностика при гепатомегалии проводится согласно таблице 6;
 5.4. показания для госпитализации пациента с гепатомегалией отсутствуют;
 5.5. лечение пациента с гепатомегалией до установления нозологической формы гастроэнтерологического заболевания не проводится.

6. Гипербилирубинемия:

- 6.1. согласно МКБ-10 гипербилирубинемия классифицируется как:
 R79 другие отклонения от нормы химического состава крови;
 6.2. используются определения гипербилирубинемии:
 гипербилирубинемия - изолированное повышение уровня билирубина в сыворотке крови при сохранении обычной окраски кожных покровов пациента;
 желтуха - повышение уровня билирубина в сыворотке крови в сочетании с желтушной окраской кожных покровов пациента;
 6.3. диагностика при гипербилирубинемии проводится согласно таблице 7;
 6.4. показания для госпитализации пациента с гипербилирубинемией без желтухи отсутствуют;

6.5. лечение пациента с гипербилирубинемией до установления нозологической формы заболевания органов пищеварения не проводится.

7. Гипертрансаминаземия:

7.1. согласно МКБ-10 гипертрансаминаземия классифицируется как:

R74.0. неспецифическое повышение содержания трансаминазы или гидрогеназы молочной кислоты;

7.2. используется определение: гипертрансаминаземия - повышение уровня аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ) и (или) аспартатаминотрансферазы (далее – АсАТ) в сыворотке крови пациента;

7.3. диагностика при гипертрансаминаземии проводится согласно таблице 8;

Таблица 6

Обязательная	Дополнительная ¹
<p>Длина тела, масса тела, индекс массы тела (далее – ИМТ), оценка динамики массы тела за период, предшествовавший выявлению гепатомегалии. Анализ фармакологического (лекарственные средства (далее – ЛС) с гепатотоксическими побочными эффектами), эпидемиологического (контакт с пациентами, имеющими вирусный гепатит (далее – ВГ)), наследственного (болезни печени у родственников), токсического (контакт со средствами гепатотоксического действия) анамнеза у пациента. Анализ алкогольного анамнеза, определение среднесуточной потребляемой дозы алкоголя (проводится согласно таблицам 19-22 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу). Термометрия тела пациента. ОАК. ОАМ. Глюкоза крови. ЭКГ. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, липидный спектр. УЗИ ОБП. Маркеры ВГ (HBsAg, anti-HCV).</p>	<p>Оценка сердечной недостаточности как причины гепатомегалии (при наличии сердечной недостаточности). БИК: церулоплазмин, сывороточный ферритин, железо, трансферрин, насыщение трансферрина железом (далее – НТЖ), альфа1-антитрипсин, протеинограмма. Врачебная консультация врача-офтальмолога (кольца Кайзера-Флейшера). Медь в сыворотке крови. Медь в суточной моче. Доплерографическое исследование сосудов портальной системы. Альфа-фетопротеин (далее – АФП). КТ ОБП с внутривенным контрастированием. Врачебная консультация врача-инфекциониста. Врачебная консультация врача-гематолога. Биопсия печени.</p>

Таблица 7

Обязательная	Дополнительная ¹
<p>Длина тела, масса тела, ИМТ. Анализ фармакологического (ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами), эпидемиологического (контакт с пациентами, имеющими ВГ), наследственного (болезни печени у родственников), токсического (контакт со средствами гепатотоксического действия) анамнеза у пациента. Анализ алкогольного анамнеза, определение среднесуточной потребляемой дозы алкоголя (проводится согласно таблицам 19-22 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу). ОАК, включая ретикулоциты. ОАМ БИК: билирубин крови, фракции билирубина (повторное определение – через 7-14 дней). БИК: АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза, липидный спектр, амилаза (липаза). Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, anti-HCV). УЗИ ОБП.</p>	<p>Тест на осмотическую резистентность эритроцитов. Определение свободного гемоглобина в моче. Проба Кумбса. Церулоплазмин сыворотки крови, сывороточный ферритин, железо, трансферрин, НТЖ, альфа1-антитрипсин. ЭГДС с осмотром фатерова соска. Врачебная консультация врача-гематолога. Молекулярно-генетическое исследование (синдром Жильбера). Биопсия печени.</p>

Таблица 8

Обязательная	Дополнительная ¹
<p>Длина тела, масса тела, ИМТ. Анализ фармакологического (ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами), эпидемиологического (контакт с пациентами, имеющими ВГ), наследственного (болезни печени у родственников), токсического (контакт со средствами гепатотоксического действия) анамнеза у пациента. Анализ анамнеза жизни и болезни (наличие заболеваний с поражением мышечной ткани, интенсивная физическая нагрузка). Анализ алкогольного анамнеза, определение среднесуточной потребляемой дозы алкоголя (проводится согласно таблицам 19-22 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу). ОАК ОАМ. Повторное определение АсАТ и АлАТ в сыворотке крови через 2 недели после отказа от употребления алкоголя и (или) отмены ЛС (при подозрении на медикаментозное поражение). БИК: билирубин, ЩФ, ГГТП, глюкоза, ХС, ТГ, общий белок, КФК. Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, anti-HCV). ЭКГ. УЗИ ОБП.</p>	<p>Церулоплазмин сыворотки крови, сывороточный ферритин, железо, трансферрин, НТЖ, альфа1-антитрипсин, протеинограмма. IgA, M, G. Аутоантитела: ANA, AMA, SMA, anti-LKM, SLA/LP Anti-HBcог и другие вирусные маркеры. ЭГДС с осмотром фатерова соска. Врачебная консультация врача-офтальмолога (кольца Кайзера-Флейшера). Суточная экскреция меди с мочой. Биопсия печени.</p>

7.4. при оценке степени тяжести гипертрансаминаземии выделяют:

легкую степень – уровень трансаминаз менее до 3-х норм;

умеренную степень – уровень трансаминаз 3-10 норм;

тяжелую степень – уровень трансаминаз более 10 норм;

7.5. показания для госпитализации пациента с гипертрансаминаземией:

тяжелая степень тяжести гипертрансаминаземии;

необходимость проведения биопсии печени;
 7.6. лечение пациента с гипертрансаминаземией включает:
 исключение употребления алкоголя;
 отмена ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами, в отношении которых существует возможная временная взаимосвязь между гипертрансаминаземией и назначением ЛС.

8. Дисфагия:

8.1. согласно МКБ-10 дисфагия классифицируется как:
 R13 дисфагия;
 8.2. используются определения дисфагии:
 дисфагия – затруднения или дискомфорт при глотании;
 орофарингеальная дисфагия – расстройство глотания на уровне ротовой полости, глотки или верхнего пищевода сфинктера;
 эзофагеальная дисфагия – расстройство глотания на уровне тела пищевода, нижнего эзофагального сфинктера;
 8.3. диагностика при дисфагии проводится согласно таблице 9;

Таблица 9

Обязательная	Дополнительная ¹
Оценка статуса питания проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. ОАК. ОАМ. Глюкоза крови. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ХС, глюкоза. ЭКГ. Врачебная консультация врача-невролога (при остро возникшей орофарингеальной дисфагии). Рентгенография органов грудной полости. ЭГДС с множественной биопсией пищевода, в том числе при отсутствии признаков воспаления (для исключения эозинофильного эзофагита).	Врачебная консультация врача-оториноларинголога. Рентгенография пищевода и желудка с барием, в том числе в положении Тренделенбурга. БИК: железо, ферритин, УЗИ щитовидной железы. КТ органов грудной полости. КТ (МРТ) – эзофагография. Врачебная консультация врача-хирурга. Врачебная консультация врача-ревматолога. Врачебная консультация врача-психотерапевта.

8.4. показанием к госпитализации пациента является тяжелая дисфагия с развитием недостаточности питания;
 8.5. лечение пациента с дисфагией включает:
 дробное питание, механическое щажение, употребление пищи в протертом, пюреобразном, жидком виде;
 при наличии высокого нутритивного риска – смеси для энтерального питания в дополнение к основному рациону или как единственный источник питания в индивидуально рассчитанной дозе, позволяющей покрыть суточную потребность в энергии и нутриентах, устранить недостаточность питания.

9. Желтуха:

9.1. согласно МКБ-10 классифицируется как:
 R17 неуточненная желтуха;
 9.2. используется определение желтухи: желтуха - желтое окрашивание склер, слизистых оболочек, кожи;
 9.3. диагностика при желтухе проводится согласно таблице 10;

Таблица 10

Обязательная	Дополнительная ¹
Длина тела, масса тела, ИМТ. Анализ фармакологического (ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами), эпидемиологического (контакт с пациентами, имеющими ВГ), наследственного (болезни печени у родственников), токсического (контакт со средствами гепатотоксического действия) анамнеза пациента. Анализ алкогольного анамнеза, определение среднесуточной потребляемой дозы алкоголя проводится согласно таблицам 19-22 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. Термометрия тела пациента. ОАК, включая тромбоциты, ретикулоциты. ОАМ. Определение желчных пигментов в моче. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочевины, креатинин, глюкоза, амилаза (липаза). Маркеры ВГ (HBsAg, anti-HCV). УЗИ ОБП. ЭКГ. ПТИ или МНО.	Anti-HAV-IgM. Врачебная консультация врача-инфекциониста. Рентгенография органов грудной полости ЭГДС с осмотром фатерова соска. УЗ ОБП с доплерографией сосудов портальной системы. Врачебная консультация врача-хирурга. Врачебная консультация врача-гематолога. Врачебная консультация врача-офтальмолога (определение колец Кайзера-Флейшера). Протеинограмма. IgG, IgM, IgA. Церулоплазмин сыворотки крови. Медь в суточной моче. Сывороточный ферритин, железо, трансферрин, НТЖ. Аутоантитела: ANA, AMA, SMA, anti-LKM, SLA/LP. КТ ОБП с внутривенным контрастированием. АФП, РЭА, СА 19-9. ЭРХПГ или МР-ХПГ. Эндосонография панкреатобилиарной системы. Молекулярно-генетическое исследование (болезнь Вильсона-Коновалова, синдром Жильбера). Биопсия печени. Биопсия поджелудочной железы.

9.4. показанием к госпитализации пациента является впервые возникшая желтуха;
 9.5. до установления причины желтухи проводится симптоматическое лечение.

10. Запор:

10.1. согласно МКБ-10 запор классифицируется как:

R19.4 изменения в деятельности кишечника;

10.2. используется определение запора: запор - опорожнение кишечника менее 3 раз в неделю, при котором акт дефекации сопровождается дополнительными усилиями с выделением непластичных уплотненных каловых масс и не приносит удовлетворения пациенту;

10.3. при оценке степени тяжести запора выделяют:

легкую – частота стула 1-2 раза в неделю;

среднюю – частота стула 1 раз в 8-10 дней;

тяжелую – частота стула менее 1 раза в 10 дней.

Появление крови, сопровождающей выделение каловых масс, утяжеляет степень тяжести запора;

10.4. диагностика при запоре проводится согласно таблице 11:

Таблица 11

Обязательная	Дополнительная ¹
<p>Оценка статуса питания проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу.</p> <p>Анализ пищевого (недостаточное содержание пищевых волокон в рационе, недостаточное употребление жидкости, нерегулярное питание) и фармакологического (связь с назначением ЛС, имеющих в качестве побочных эффектов запор) анамнеза пациента.</p> <p>ОАК.</p> <p>БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза, ХС.</p> <p>Пальцевое исследование прямой кишки.</p> <p>Иммунохимический ТСК.</p> <p>Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие.</p> <p>Ректосигмоскопия или колоноскопия (при впервые возникшем запоре пациентам в возрасте старше 50 лет или старше 40 лет при наличии других факторов риска КРР, приведенных в таблице 15 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу).</p>	<p>Обзорная рентгенография органов брюшной полости.</p> <p>Врачебная консультация врача-проктолога.</p> <p>УЗИ ОБП.</p> <p>Оценка соответствия критериям функциональных расстройств.</p> <p>Ректосигмоскопия.</p> <p>Ирригоскопия, в том числе в положении стоя.</p> <p>Колоноскопия.</p> <p>Определение времени кишечного транзита.</p> <p>ЭГДС.</p> <p>Гормоны щитовидной железы.</p> <p>Врачебная консультация врача-эндокринолога.</p> <p>Врачебная консультация врача-невролога.</p> <p>Врачебная консультация врача-психотерапевта.</p>

10.5. показания для госпитализации пациента отсутствуют;

10.6. лечение пациента с запором включает:

оптимизацию рациона питания (25-30 г пищевых волокон в сутки) и питьевого режима;

назначение слабительных лекарственных средств, дозы, режим и длительность приема которых подбираются индивидуально с учетом тяжести проявлений и ответа на лечение: бисакодил 1-2 таблетки (5-10 мг) на ночь или 1-2 суппозитории ректально; лактулоза 15-45 мл/сут с последующим переходом на поддерживающую дозу 10-25 мл/сут; макрогол 4000 1-2 пакета (10-20 г) в сут.

11. Изжога:

11.1. в соответствии с МКБ-10 изжога классифицируется как:

R12 изжога;

11.2. используется определение изжоги: изжога – чувство жжения за грудиной, поднимающееся снизу вверх;

11.3. при оценке степени тяжести изжоги выделяют:

легкую – менее 2 раз в неделю;

среднюю – 2 раза в неделю и более, но не ежедневно;

тяжелую – ежедневно;

11.4. диагностика при изжоге проводится согласно таблице 12;

Таблица 12

Обязательная	Дополнительная ¹
<p>Длина тела, масса тела, ИМТ</p> <p>ОАК.</p> <p>БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Оценка соответствия критериям ГЭРБ.</p>	<p>ЭГДС.</p> <p>Биопсия слизистой оболочки пищевода.</p> <p>Тест с ИПП проводится согласно таблице 12 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу.</p> <p>Рентгенография пищевода и желудка с барием, в том числе в положении Тренделенбурга.</p> <p>Рентгенография органов грудной полости.</p> <p>Внутрипищеводная pH-импедансометрия.</p> <p>Врачебная консультация врача-психотерапевта.</p> <p>Врачебная консультация врача-кардиолога.</p> <p>Врачебная консультация врача-хирурга.</p>

11.5. показания к госпитализации пациента с изжогой отсутствуют;

11.6. лечение пациента с изжогой включает:

назначение антацидных средств по 1 дозе 3-4 раза в сутки или в режиме «по требованию»;

назначение фамотидина 20-40 мг в сутки или ингибиторов протонной помпы в половинной дозе в режиме «по требованию».

12. Метеоризм:

12.1. согласно МКБ-10 метеоризм классифицируется как:

R14 метеоризм и родственные состояния;

12.2. используется определение: метеоризм – ощущение избыточного накопления газов в кишечнике, сопровождающееся вздутием живота, урчанием и переливанием и (или) повышенным выделением газов из кишечника;

12.3. диагностика при метеоризме проводится согласно таблице 13;

12.4. показания к госпитализации пациента с метеоризмом отсутствуют;

12.5. лечение пациента с метеоризмом включает:

модификацию рациона питания;

назначение симетикона 40-80 мг 2-3 раза в сутки.

13. Недержание кала:

13.1. согласно МКБ-10 недержание кала классифицируется как:

R15 недержание кала;

13.2. используется определение: недержание кала - повторяющееся неконтролируемое (непроизвольное) выделение каловых масс;

13.3. диагностика при недержании кала проводится согласно таблице 14;

Таблица 13

Обязательная	Дополнительная ¹
Длина тела, масса тела, ИМТ. Анализ рациона питания, поведения пациента во время приема пищи (факторы, предрасполагающие к аэрофагии). Анализ анамнеза на наличие факторов риска синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке. ОАК. Глюкоза крови. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, СРБ.	Серологические маркеры целиакии: AGA-IgG, tTGA-IgA. Иммунохимический ТСК. Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие. УЗИ ОБП. Оценка соответствия критериям функциональных расстройств (СРК, функциональное абдоминальное вздутие). Пробное соблюдение диеты с низким содержанием ферментируемых ди- и олигосахаридов. Обзорная рентгенография ОБП. ЭГДС с биопсией из ДПК (не менее 3 биоптатов). Колоноилеоскопия. Водородный дыхательный тест на мальабсорбцию углеводов (лактозы, фруктозы, сорбита, сахарозы) Водородный дыхательный тест на синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Врачебная консультация врача-психотерапевта.

Таблица 14

Обязательная	Дополнительная ¹
Длина тела, масса тела, ИМТ Анализ рациона питания, фармакологического анамнеза (прием слабительных средств). ОАК. Глюкоза крови. Пальцевое исследование прямой кишки. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, электролиты. Иммунохимический ТСК. Сфинктерометрия.	Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие. Мазок из прямой кишки (анализ кала) на патогенную микрофлору. Врачебная консультация врача-проктолога или врача-хирурга. Ректоскопия или гибкая сигмоскопия. Ирригоскопия. Функциональное исследование замыкательного аппарата прямой кишки. УЗИ малого таза. Врачебная консультация врача-акушера-гинеколога. УЗИ ОБП. Врачебная консультация врача-невролога. ЭГДС. Колоноскопия. КТ малого таза. Врачебная консультация врача-психотерапевта.

13.4. показаниями к госпитализации пациента с недержанием кала являются:

невозможность проведения обследования пациента в амбулаторных условиях;

тяжелое общее состояние;

13.5. лечение пациента с недержанием кала включает:

гигиену анальной области;

тренировку анального сфинктера при его функциональной недостаточности;

хирургическое лечение при органических причинах недостаточности анального жома II-III степени.

14. Тошнота и рвота:

14.1. согласно МКБ-10 тошнота и рвота классифицируется как:

R11 тошнота и рвота;

14.2. используются определения:

тошнота – тягостное ощущение в подложечной области и глотке с непроизвольным побуждением к рвоте, нередко предшествует рвоте;

рвота – рефлекторное извержение содержимого желудка через рот;

14.3. диагностика при тошноте и рвоте проводится согласно таблице 15;

14.4. показаниями к госпитализации пациента с тошнотой и рвотой является:

дегидратация;

повторная или неукротимая рвота;

подозрение на кишечную непроходимость;

14.5. лечение пациента с тошнотой и рвотой включает:

регидратационную терапию (проводится согласно таблицам 7-8 приложения 6 настоящего Клинического протокола);

домперидон 10 мг 3 раза/сут внутрь либо кратковременное (не более 5 дней) назначение метоклопрамида 10 мг 2-3 раза/сут внутрь (с промежутком между приемами не менее 6 ч) или в тяжелых случаях – 10 мг парентерально 1-3 раза/сут (с промежутком между введениями не менее 6 часов).

15. Хроническая диарея:

15.1. согласно МКБ-10 хроническая диарея классифицируется как:

R19.4 изменения в деятельности кишечника;

15.2. используется определение: хроническая диарея - неоформленный стул, как правило, более 3 раз в сутки, продолжительностью более 4 недель;

15.3. при оценке степени тяжести хронической диареи выделяют:

легкую: наличие неоформленного стула до 6 раз в сутки;

средней тяжести: наличие неоформленного стула 6-8 раз в сутки;

тяжелую: наличие неоформленного стула более 8 раз в сутки.
Наличие признаков дегидратации и (или) крови в кале и (или) внекишечных симптомов, совпадающих с диареей, усиливает степень тяжести диареи;

15.4. диагностика при хронической диарее проводится согласно таблице 16;

Таблица 15

Обязательная	Дополнительная ¹
Длина тела, масса тела, ИМТ Оценка степени дегидратации пациента проводится согласно таблице 6 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. Анализ фармакологического и пищевого анамнеза пациента. Термометрия тела пациента Профиль АД пациента. ОАК. ОАМ БИК: общий белок, билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, амилаза (липаза), мочевины, креатинин, глюкоза, СРБ, (при тяжелой рвоте - электролиты). ЭКГ. Исключение беременности (экспресс-тест или УЗИ малого таза, осмотр врачом-акушером-гинекологом). Обзорная рентгенография ОБП (при рвоте). УЗИ ОБП.	Обзорная рентгенография органов брюшной полости. ЭГДС. Биопсия желудка (2 биоптата из тела желудка – по малой и большой кривизне (первый флакон); 2 биоптата из антрального отдела – по малой и большой кривизне и 1 биоптат из угла желудка (второй флакон)). Биопсия двенадцатиперстной кишки (не менее 3 биоптатов, включая биоптаты из постбульбарного отдела). Серологические маркеры целиакии: AGA-IgG, tTGA-IgA. Рентгенография органов грудной полости. Рентгенография пищевода и желудка с барием. Релаксационная рентгеноконтрастная дуоденография. Пассаж бария по кишечнику. Внутрипищеводная pH-импедансометрия. Оценка соответствия критериям функциональных расстройств (хроническая идиопатическая тошнота, функциональная рвота, синдром циклической рвоты). Врачебная консультация врача-хирурга Врачебная консультация врача-невролога. Врачебная консультация врача-психотерапевта.

Таблица 16

Обязательная	Дополнительная ¹
Оценка статуса питания проводится согласно таблицам 1-4 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. Оценка степени обезвоживания проводится согласно таблице 6 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. Анализ пищевого (употребление и переносимость лактозы, количество жиров и пищевых волокон в рационе) и фармакологического (связь начала диареи с началом употребления ЛС, имеющих в качестве побочных эффектов диарею) анамнеза пациента. Термометрия тела пациента ОАК. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, глюкоза, СРБ, амилаза, ХС. Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие. Иммунохимический ТСК. Пальцевое исследование прямой кишки.	БИК: альбумин, железо, ферритин, кальций. Серологические маркеры целиакии: AGA-IgG, tTGA-IgA. УЗИ органов брюшной полости, включая оценку кишечника. Оценка соответствия критериям функциональных расстройств (СРК с диареей, функциональная диарея). Анализ кала на кальпротектин. Мазок из прямой кишки (анализ кала) на патогенную микрофлору. Анализ кала на <i>Campylobacter</i> и <i>E.coli</i> O157:H7. Анализ кала на токсин <i>Cl. Difficile</i> . ЭГДС с биопсией из луковицы ДПК (2 фрагмента) и постбульбарного отдела (3 фрагмента). Колоноилеоскопия с множественной биопсией (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела, включая подвздошную и прямую кишку). Водородный дыхательный тест на СИБР с глюкозой. Водородные дыхательные тесты на мальабсорбцию углеводов (лактозы, фруктозы, сахарозы, сорбита). Рентгеновская энтерография. Водородный дыхательный тест с лактулозой для оценки времени ороцекального транзита. Гормоны щитовидной железы. Врачебная консультация врача-эндокринолога. Эндоскопия двенадцатиперстной кишки с увеличением. Энтероскопия капсульная. Энтероскопия двухбаллонная с множественной биопсией тонкой кишки. Оценка внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Пробная терапия панкреатическими ферментами: панкреатин в капсулах 25-50 тыс. ЕД Ph. Eug. липазы на один прием пищи. МР-ХПГ КТ поджелудочной железы с внутривенным контрастированием.

15.5. показаниями к госпитализации пациента с хронической диареей являются:

диарея тяжелой степени;

признаки дегидратации;

недостаточность питания тяжелой степени (оценка недостаточности питания проводится согласно таблицам 1-3 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу);

невозможность проведения необходимого обследования пациента в амбулаторных условиях;

15.6. лечение пациента с хронической диареей включает:

профилактику дегидратации (проводится согласно таблице 7 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу);

при наличии признаков дегидратации – проведение регидратационной терапии (проводится согласно таблице 8 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу);

коррекцию статуса питания;

при отсутствии крови в стуле и системных признаков воспаления – назначение лоперамида 0,002 г в режиме «по требованию».

Примечание: 1. Инструментальные и лабораторные исследования, указанные в рубрике «Дополнительная диагностика» настоящего приложения, представлены в порядке нарастания их сложности (инвазивности), стоимости и (или) в порядке убывания их диагностической значимости.