



Диспансерное наблюдение при заболеваниях органов системы пищеварения (для специалистов первичного звена: врач-терапевт, врач общей практики, фельдшер). Опыт Пермского края

Хлынова О. В.¹, Степина Е. А.¹, Воложанина Л. Г.¹, Воронова Е. И.¹, Игумнова О. А.¹, Третьякова Ю. И.¹, Алексеева О. П.², Тарасова Л. В.³, Корягина Н. А.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 614990, Пермский край, г. Пермь, Петропавловская ул., 26

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова», 428015, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский пр., 45.

Для цитирования: Хлынова О. В., Степина Е. А., Воложанина Л. Г., Воронова Е. И., Игумнова О. А., Третьякова Ю. И., Алексеева О. П., Тарасова Л. В., Корягина Н. А. Диспансерное наблюдение при заболеваниях органов системы пищеварения (для специалистов первичного звена: врач-терапевт, врач общей практики, фельдшер). Опыт Пермского края. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;204(8): 5–16. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-204-8-5-16

✉ Для переписки:

Хлынова

Ольга Витальевна

olgakhlynova@mail.ru

Хлынова Ольга Витальевна, профессор, чл.- корр. РАН, д.м.н., заведующая кафедрой госпитальной терапии и кардиологии
Степина Екатерина Александровна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и кардиологии
Воложанина Людмила Георгиевна; к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии № 1
Воронова Елизавета Игоревна, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней и семейной медицины
Игумнова Оксана Александровна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии № 1
Третьякова Юлия Игоревна, к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии
Алексеева Ольга Поликарповна, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В. Г. Вогралика
Тарасова Лариса Владимировна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской и госпитальной терапии
Корягина Наталья Александровна, д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии

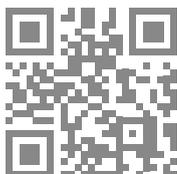
Резюме

Настоящие рекомендации предназначены для специалистов первичного звена здравоохранения: врачей-терапевтов, врачей общей практики, фельдшеров и включают изложение основных требований по диспансерному наблюдению пациентов с рядом заболеваний органов системы пищеварения.

Основной материал методических рекомендаций представлен адаптированными разделами из современных клинических рекомендаций профильных обществ по отдельным нозологическим формам болезней, а также действующих нормативных федеральных документов по диспансерному наблюдению взрослого населения.

Методические рекомендации были утверждены Пермской краевой объединенной организацией «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края» и Министерством здравоохранения Пермского края. Также основные положения рекомендаций были представлены и одобрены на Национальном Конгрессе общества терапевтов (19 ноября 2021 г.).

EDN: PWLMJJ



Ключевые слова: диспансерное наблюдение, болезни органов системы пищеварения, врач терапевт, врач общей практики, фельдшер

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-204-8-5-16>

The Follow-up of the digestive system (for primary care specialists: internist, general practitioner, paramedic) The experience of the Perm region

O.V. Khlynova¹, E.A. Stepina¹, L.G. Vologzhanina¹, E.I. Voronova¹, O.A. Igumnova¹, Yu.I. Tretyakova¹, O.P. Alexeeva², L.V. Tarasova³, N.A. Koryagina¹

¹ Perm State Medical University named after Academician E. A. Wagner, 26, Petropavlovskaya street, Perm, Perm region, 614990, Russia

² Privolzhsky Research Medical University, 10/1, Minin and Pozharsky sq., Nizhny Novgorod, 603005, Russia

³ Chuvash State University named after I. N. Ulyanova, 45, Moskovsky pr., Cheboksary, Chuvash Republic, 428015, Russia

For citation: Khlynova O.V., Stepina E.A., Vologzhanina L.G., Voronova E.I., Igumnova O.A., Tretyakova Yu.I., Alexeeva O.P., Tarasova L.V., Koryagina N.A. The Follow-up of the digestive system (for primary care specialists: internist, general practitioner, paramedic) The experience of the Perm region. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;204(8): 5–16. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-204-8-5-16

✉ Для переписки:

Olga V. Khlynova

olgakhlynova@mail.ru

Olga V. Khlynova, MD, PhD, Doctor of Science in Medicine, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Hospital Therapy and Cardiology; *ORCID: 0000-0003-4860-0112*

Ekaterina A. Stepina, MD, PhD, Candidate of Science in Medicine, Associate Professor, Department of Hospital Therapy and Cardiology; *ORCID: 0000-0002-6176-4026*

Ludmila G. Vologzhanina, MD, PhD, Candidate of Science in Medicine, Associate Professor, Department of Faculty Therapy no.1; *ORCID: 0000-0003-3105-4645*

Elizaveta I. Voronova, MD, PhD, Candidate of Science in Medicine, Associate Professor, Department of Internal Diseases and Family Medicine; *ORCID: 0000-0002-4156-9610*

Oksana A. Igumnova, MD, PhD, Candidate of Science in Medicine, Associate Professor, Department of Faculty Therapy no.1; *ORCID: 0000-0001-9870-7132*

Yulia I. Tretyakova, MD, PhD, Candidate of Science in Medicine, Associate Professor, Department of Polyclinic Therapy; *ORCID: 0000-0002-7411-6204*

Olga P. Alexeyeva, MD, PhD, Doctor of Science in Medicine, Professor, Department of Hospital Therapy and General Medical Practice named after V.G. Vogralik; *ORCID: 0000-0002-1475-6584*

Larisa V. Tarasova, MD, PhD, Doctor of Science in Medicine, Professor, Head of the Department of Faculty and Hospital Therapy; *ORCID: 0000-0003-1496-0689*

Natalia A. Koryagina, MD, PhD, Doctor of Science in Medicine, Professor, Department of Polyclinic Therapy; *ORCID: 0000-0001-5980-2364*

Summary

These recommendations are intended for primary care professionals: internists, general practitioners, paramedics and include a statement of the basic requirements for the follow-up of patients with a number of diseases of the digestive system.

The main material of the methodological recommendations is presented by adapted sections from modern clinical recommendations of specialized societies on certain nosological forms of diseases and current regulatory federal documents on dispensary supervision of the adult population.

The guidelines were approved by the Perm Regional United Organization "Professional Medical Community of the Perm Region" and the Ministry of Health of the Perm Region. Also, the main provisions of the recommendations were presented and approved at the National Congress of the Society of Therapists (November 19, 2021).

Keywords: dispensary observation, diseases of the digestive system, therapist, general practitioner, paramedic

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Введение

В настоящее время на территории Российской Федерации диспансерное наблюдение взрослого населения осуществляется согласно порядкам, изложенным в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее «Порядок»).

Ранее действующий приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» признан утратившим силу.

Порядок (МЗ РФ от 29 марта 2019 г. № 173н) устанавливает правила проведения медицинскими организациями диспансерного наблюдения за взрослыми (в возрасте 18 лет и старше) [1].

Диспансерное наблюдение (ДН) представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими, включая неинфекционные, заболеваниями (ХНЗ), функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

ДН подлежат лица, страдающие отдельными ХНЗ и инфекционными заболеваниями или имеющие высокий риск их развития, а также лица, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений). В рамках ДН организуется проведение профилактического медицинского осмотра.

ДН устанавливается в течение 3-х рабочих дней после: установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях; получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Основными целями ДН являются:

- охват ДН лиц с ХНЗ и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском не менее 70%;
- охват ДН лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих ему, не менее 90%;
- достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями;
- сокращение числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под ДН;
- снижение числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под ДН, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под ДН;
- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под ДН;
- уменьшение числа госпитализаций, в том числе по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под ДН;

- снижение показателей смертности, в том числе внебольничной смертности, лиц, находящихся под ДН.

Согласно действующему Порядку ДН осуществляют медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где пациент получает первичную медико-санитарную помощь, в том числе врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач)).

При проведении ДН учитываются рекомендации врачей-специалистов, содержащиеся в медицинской документации пациента, в том числе вынесенные по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

При проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках диспансерного наблюдения организуется проведение профилактического медицинского осмотра лица, находящегося под ДН.

В случае, если пациент нуждается в ДН врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и такой врач-специалист отсутствует в медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, врач-терапевт организует консультацию пациента соответствующим врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинским работником включает:

- оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению;
- проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи;
- назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе

высокотехнологичную, медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового).

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения», за исключением случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за лицами с отдельными заболеваниями или состояниями (группами заболеваний или состояний).

Порядок ДН также включает перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением

Распределение оказания медицинской помощи пациентам по профилю «гастроэнтерология» с учетом трехуровневой системы (Пермский край)

На 1 уровне (поликлиника, отделения терапии) врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи терапевтического отделения осуществляют наблюдение и лечение пациентов:

- с неосложненным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни;
- с неосложненным течением язвенной болезни и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки;
- с хроническим гастритом и синдромом функциональной диспепсии;
- с дискинезиями желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- с неосложненным течением хронического панкреатита;
- с жировой инфильтрацией печени;
- с компенсированным циррозом печени;
- с синдромом раздраженного кишечника.

При наличии в поликлинике специалиста-гастроэнтеролога, помощь оказывается в кабинете врача-гастроэнтеролога по следующим нозологиям:

- в первые 12 месяцев после хирургического и интервенционного лечения язвенной болезни желудка и ДПК, острого и хронического панкреатита, язвенного колита и болезни Крона;
- с хроническими вирусными гепатитами;
- с циррозами печени;
- с осложненными формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни;
- с язвенным колитом и болезнью Крона.

Кроме того, врач-гастроэнтеролог обязан осуществлять отбор и направление больных гастроэнтерологического профиля на стационарное лечение в гастроэнтерологические отделения (в том числе, в учреждения здравоохранения других муниципальных образований в соответствии с межмуниципальными соглашениями); также участвовать в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания ВМП, а также

врачом-терапевтом. В данный перечень включены ряд заболеваний органов системы пищеварения [1].

Несмотря на отсутствие в Порядке ДН перечня заболеваний печени и кишечника, требующих ДН специалистами первичного звена, авторы методических рекомендаций включили алкогольную болезнь печени, циррозы печени невирусного генеза и полипы (полипоз) кишечника как патологии, имеющие особую медико-социальную и демографическую значимость, а значит, требующую ДН врачом-терапевтом и врачом общей практики.

Отдельная информация представлена с учетом региональных особенностей в организации медицинской помощи взрослому населению жителям Пермского края, по профилю «гастроэнтерология».

Рецензентами по данным рекомендациям выступали: профессор Л. Б. Лазебник (г. Москва), профессор О. П. Алексеева (г. Н. Новгород), профессор Л. В. Тарасова (г. Чебоксары), доктор медицинских наук Н. А. Корягина (г. Пермь).

вести учет лиц, ожидающих и получивших ВМП по поводу заболеваний гастроэнтерологического профиля.

На 2 уровне (специализированные гастроотделения) – госпитализация и оказание медицинской помощи больным со следующими заболеваниями:

- резистентные к лечению формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни;
- ахалазия кардии;
- резистентная к лечению язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- тяжелые обострения хронического панкреатита, не требующие хирургического лечения;
- активное течение хронических вирусных гепатитов В, С и D, алкогольного гепатита, аутоиммунного гепатита, криптогенного гепатита;
- циррозы печени в стадии декомпенсации;
- жировая болезнь печени на стадии стеатогепатита и цирроза печени;
- метаболические заболевания печени (гемохроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова);
- заболевания желудочно-кишечного тракта, протекающие с синдромом мальабсорбции и синдромом избыточного бактериального роста;
- активное течение аутоиммунных заболеваний кишечника (язвенный колит, болезнь Крона, микроскопический колит);
- неосложненные формы дивертикулярной болезни кишечника;
- резистентные формы функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, синдром функциональной абдоминальной боли).

Для 3 уровня – госпитализация и оказание медицинской помощи при заболеваниях, аналогичных 2 уровню, но при этом требующих экспертной оценки диагноза и проводимой терапии в случае атипичных вариантов течения заболеваний, при рефрактерных и прогрессирующих формах

Группы диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями
The follow-up groups of patients with diseases of the digestive system

Группа ДН Follow-up Group	МКБ ICD-10	Цель ДН Aim of Follow-up	Рекомендуемая периодичность ДН пациента Recommended frequency of dispensary follow-up by the physician	Длительность ДН Duration of dispensary follow-up	Назначения Prescriptions	Профилактическая (противорецидивная) терапия Preventive (anti-relapse) therapy	Консультация специалистов Specialist Consultation	Показания для госпитализации Indications for hospitalization
Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный) [1, 2]	K20	Обеспечить отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС	не реже 1 раза в 6 мес.	в течение 3 лет с момента последнего обострения	ОАК ЭФГДС с биопсией минимум 1 раз в год	Ингибиторы протонной помпы 2 раза в день до 1–3 мес. с постепенным снижением дозы ИПП для поддерживающей терапии до уровня, позволяющего обеспечить безрецидивное течение заболевания	Гастроэнтеролог – с целью коррекции терапии не менее 1 раза в год	для плановой госпитализации: нарастающие дисфагии для экстренной госпитализации и проведения немедленной ЭФГДС.; острая обтурационная дисфагия (эпизод вклинения пищи в пищевод)
Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии – без пищевода Барретта) [1, 3, 4]	K 21.0	обеспечение клинико-эндоскопической ремиссии болезни, отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС	не реже 1 раза в 6 мес.	в течение 5 лет с момента последнего обострения	ОАК Анализ кала на скрытую кровь (1 раз в год) ЭГДС (кратность проведения определяет гастроэнтеролог)	рекомендуется изменение образа жизни (снижение массы тела при ее избытке, прекращение курения, избегание ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление) и диетотерапия ГЭРБ с эзофагитом – после заживления эрозий терапия ИПП должна составлять 16–24 нед. ГЭРБ с эрозивно-язвенным эзофагитом – непрерывная поддерживающая терапия ИПП в половинной дозе ГЭРБ рецидивирующая с эрозивно-язвенным РЭ – непрерывная поддерживающая терапия ИПП в полной дозе Эрадикационная терапия назначается при обнаружении <i>H. pylori</i> и наличии показаний к длительному приему ИПП.	Гастроэнтеролог (при рефрактерном и рецидивирующемся течении ГЭРБ) – 1 раз в год	при осложненном течении ГЭРБ: повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, частые аспирационные пневмонии; в случаях, когда пациент невозможности проведения консервативной терапии ГЭРБ

Группы диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями
The follow-up groups of patients with diseases of the digestive system

Группа ДН Follow-up Group	МКБ ICD-10	Цель ДН Aim of Follow-up	Рекомендуемая периодичность ДН пациента врачом Recommended frequency of follow-up by the physician	Длительность ДН Duration of dispensary follow-up	Назначения Prescriptions	Профилактическая (противорецидивная) терапия Preventive (anti-relapse) therapy	Консультация специалистов Specialist Consultation	Показания для госпитализации Indications for hospitalization
ГЭРБ с эзофагитом и цилиндрической метоплазией – пищевод Барретта [1,3,4]	К 21.0	для предупреждения АКП и ранней диагностики дисплазии эпителии; отсутствие прогрессирования эндоскопических и морфологических изменений по данным ЭДС с биопсией ³	не реже 1 раза в 6 месяца с оценкой эффективности контроля симптомов ГЭРБ или по рекомендации гастроэнтеролога	пожизненно	ОАК – 1 раз в год; анализ кала на скрытую кровь – 1 раз в год. ЭФДС с прицельной биопсией: при отсутствии дисплазии – 1 раз в 3 года; при выявлении дисплазии низкой степени – повторные гистологическое исследование через 3 месяца, далее 1 раз в 6 мес.; при сохраняющейся дисплазии низкой степени повторить гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев, затем ежегодно; при дисплазии высокой степени – повторная прицельная биопсия в течение первых 3 мес. При подтверждении диагноза двумя независимыми экспертами морфологами – решение вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении	при верифицированном пищеводе Барретта и при дисплазии низкой степени – постоянная поддерживающая терапия ИПП в полной дозе держающаяся терапия ИПП в двойной дозе с решением вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении ⁴ Эрадикационная терапия назначается при обнаружении Н. rufoги и наличии показаний к длительному приему ИПП.	Гастроэнтеролог – 1 раз в год Хирург – при морфологическом выявлении дисплазии, при наличии дистального отдела пищевода. Онколог – по медицинским показаниям	повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, Барретта для высокой степени дисплазии доказанной двумя морфологами, частые аспирационные пневмонии; в случаях, когда пациент невозможности проведения консервативной терапии ГЭРБ

Язвенная болезнь желудка	K25 K26	обеспечить стабильную ремиссию, предотвратить развитие осложнений	в зависимости от тяжести течения: легкое течение: 1 раз в год; тяжелое течение (рефрактерность, рецидивы заболевания более 2 раз в год, осложненные формы) – 2 раза в год	5 лет с момента последнего обострения	ОАК диагностика Нр-инфекции (на этапе верификации инфекции – антитела IgG; для оценки эффективности эрадикации – антитген Нр в кале или уреазный дыхательный тест 13 С-уреазный дыхательный тест анализ кала на скрытую кровь при тяжелом течении заболевания) рентгенологическое исследование ЖКТ при подозрении на стенозирование или малигнизацию ЭГДС: контрольное эндоскопическое исследование не ранее чем через 4 недели от первичного.	Режим общий. Стол № 15, дробное питание до 6 раз в день. Терапия «по требованию» – при появлении первых симптомов обострения ЯБ прием ИПП в полной терапевтической дозе в течение двух-трех дней, а затем – в половине терапевтической дозы в течение двух-трех недель. В случае постоянного приема НПВП – профилактический прием ИПП в терапевтической дозе (омепразол и эзомепразол – 20 мг/сут, рабепразол – 10 мг/сут, пантопразол – 20 мг\сут, лансопразол – 30 мг/сут) Через 2–3 месяца после стихания обострения возможно санаторно-курортное лечение продолжительностью 14–21 день. Санаторно-курортное лечение проводится в санаториях Дорехово, Ессентуки, Железноводск и др. и включает в себя грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, питье щелочных минеральных вод ¹	Гастроэнтеролог – при неэффективности амбулаторного лечения Хирург: при осложненном течении ЯБ (стеноз, признаки состоявшегося кровотечения); при подозрении на малигнизацию с сопутствующими заболеваниями Хирургическое отделение: осложненные формы ЯБ (кровотечение, перфорация, пилоростеноз, пенетрация, малигнизация)	Терапевтический стационар: резко выраженная клиническая картина заболевания с упорным (более 7 дней) болевым синдромом, наличие в желудке изъязвлений, требующих дифференциальной диагностики между доброкачественными язвами и раком желудка, обострение ЯБ с наличием осложнений в анамнезе, ЯБ с сопутствующими заболеваниями Хирургическое отделение: осложненные формы ЯБ (кровотечение, перфорация, пилоростеноз, пенетрация, малигнизация)
Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит [1, 4]	К 29.4 К 29.5	Стабилизация морфологических изменений по ЭГДС с биопсией	2 раза в год	пожизненно с момента установления диагноза (или до выявления опухоли)	ОАК первичная диагностика Нр-инфекции оценка эффективности эрадикации: антитген Нр в кале, уреазный дыхательный тест кал на я/г кал на скрытую кровь – 1–2 раза в год ФГДС не реже 2 раз в год. Гистологическое исследование – по показаниям. Железо сыворотки, ОЖСС, ферритин, В12 сыворотки крови – при наличии анемии	отказ от курения и злоупотребления алкоголем, чрезмерных физических и психических нагрузок; отказ/минимизация от приема лекарственных препаратов, обладающих ульцерогенным эффектом. Эрадикационная терапия при выявлении Нр. Курортное лечение – вне обострения в здравницах с использованием лечебных минеральных вод	Гастроэнтеролог – по показаниям (с целью коррекции лечения, при неэффективности эрадикационной терапии I линии) Онколог – при подозрении на малигнизацию процесса	Терапевтический стационар: гастрит с тяжелой анемией; выраженная коморбидность

Группы диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями
The follow-up groups of patients with diseases of the digestive system

Группа ДН Follow-up Group	МКБ ICD-10	Цель ДН Aim of Follow-up	Рекомендуемая периодичность ДН пациента врачом Recommended frequency of dispensary follow-up by the physician	Длительность ДН Duration of dispensary follow-up	Назначения Prescriptions	Профилактическая (противорецидивная) терапия Preventive (anti-relapse) therapy	Консультация специалистов Specialist Consultation	Показания для госпитализации Indications for hospitalization
Полипы (полипоз) желудка [1, 6, 7]	К 31.7	Отсутствие прогрессирования и морфологических изменений по данным ЭФГДС с биопсией	1 раз в год	пожизненно (или до выявления малигнизации)	ОАК Кал на скрытую кровь определение Нр (IgG) ЭГДС 1 раз в год Биопсия с гистологическим исследованием – по показаниям	При выявлении <i>H. pylori</i> – эрадикационная терапия. При выявлении аденоматозного или гиперпластического полипа размерами более 2,5 см, решение вопроса о хирургическом вмешательстве	Гастроэнтеролог: при полипозе и рецидивах полипов – для определения тактики ведения. Хирург: для эндокопического лечения (аденоматозный или гиперпластический полип размерами более 2,5 см) Онколог: при подозрении/выявлении злокачественного образования	Хирургическое отделение (для эндоскопического лечения); при аденоматозном полипе; при гиперпластическом с клиническими симптомами и/или наличием дисплазии; при рецидивах полипов после эрадикации Нр
Хронический панкреатит [1, 8]	К 86.0	Отсутствие прогрессирования белково-во-энергетической недостаточности ²	2 раза в год	пожизненно	ОАК Амилаза (панкреатическая) крови Глюкоза крови (гликозилированный Нв – при наличии панкреатогенного сахарного диабета) Копрограмма УЗИ органов брюшной полости КТ или МРТ – при первичной постановке диагноза, при подозрении на образование ПЖ, вирсунгктазии Денситометрия костей показано не реже 1 раза в год при наличии признаков экзокринной недостаточности	отказ от употребления алкоголя и табакокурения; диета: не протертые супы, мясо, рыба и птица в отварном и тушеном виде, включается клетчатка в сыром виде (овощи, фрукты), должна содержать повышенное количество белка – 120–140 г /сут. При наличии болевого синдрома (Парацетамол 1000–2000 мг/сут. Дротаверина гидрохлорид, Мебеверин, ИПП, Н2 гист бл, Мх-лители При наличии экзокринной и профологической недостаточности: заместительная ферментная терапия (Минимикросферы или микротаблетки панкреатина более 100 тыс. Ед липазы/сут.) – от 25 тыс. Ед до 50 тыс. Ед 3 раза в сутки в основные приемы пищи и от 10 тыс. Ед до 25 тыс. Ед 2–3 раза в сутки в перекусы – постоянно. Коррекция дозы ферментов в зависимости от компенсации экзокринной недостаточности. Коррекция гликемии (при наличии панкреатогенного сахарного диабета (после консультации эндокринолога) и др.	Гастроэнтеролог – 1 раз в год, стационар: нутритивная недостаточность средней или тяжелой степени. В хирургическое отделение: 1 раз в год (при выявлении гипергликемии, сахарного диабета). Хирург – при стойком болевом синдроме, наличии осложнений – кисты, абсцессы, обструкция и др.	В терапевтический стационар: нутритивная недостаточность средней или тяжелой степени. В хирургическое отделение: пациенты с симптомами обструкции вирсунгова протока

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП): Стеатогепатит. Стеатогепатоз с фиброзом [9]	К 76.0	предупредить прогрессирование и осложнения заболевания	1 раз в 6 месяцев до нормализации всех лабораторных и инструментальных маркеров заболевания	Определение антропометрических данных (масса тела, индекс массы тела, окружность талии) ОАК и тромбоциты; биохимический анализ крови: трансаминазы, гаммаглутамил-транспептидаза, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, мочевина, альбумин коагулограмма: МНО, ПТВ	Соблюдение гипокалорийной диеты, снижение массы тела, ежедневные физические нагрузки, исключение неоправданного применения лекарственных препаратов. Прогрессирующее течение НАЖБП, неэффективность соблюдения мероприятий по здоровому образу жизни: урсодезоксихолевая кислота, (10–15 мг/кг/сут) не менее 3 мес.; эссенциальные фосфолипиды 1800 мг в сутки не менее 3 мес., агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 (Эксенатид, Лираглутид), не менее 6 мес.	Гастроэнтеролог/ гепатолог – в случаях отсутствия ответа на терапию и прогрессирования заболевания, определения показаний для биопсии печени, баритрагической терапии) Эндокринолог, Кардиолог – по показаниям
Алкогольная болезнь печени [10, 11]	К 70.0–70.4 К 70.9	предупредить прогрессирование и осложнения заболевания	первый год – каждые 6 месяцев, в последующие годы в случае стабилизации процесса – 1 раз в год. При наличии рецидивов рекомендуемый режим наблюдения каждые 6 месяцев в течение 2-х лет	Оценка статуса питания по индексу Кетле. Онлайн калькулятор (medsofpro.ru/calculator/kettle-weight.html); Скрининг посредством вопроса AUDIT-C (prometheus.spidolog.ru); ОАК с тромбоцитами, Биохимическое исследование крови: билирубин, АСТ, АЛТ, коэффициент де Ритиса, ЦФ, ГГТП, IgA, общий белок, глобулин, альбумин; Коагулограмма: ПТВ, МНО. Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV сумм.) – 1 раз в год. УЗИ ОБП с эластометрией	Полная абстиненция. Калорийный пищевой рацион (не менее 2000 ккал/сут) с высоким содержанием белка (1,0–1,25 г на 1 кг массы тела в сутки), жиров (70–140 г) и углеводов (280–325 г) Витамин и микроэлементы: тиамин, пиридоксин, цианкоболамин, фолиевая кислота, магний, калий ² . MELD \geq 18; — преднизолон, 40 мг/сут на период 28 дней. Оценку эффективности терапии проводят на 7-й день от ее начала с помощью индекса Лилль. Онлайн калькулятор (gastronews.by).	Показания для госпитализации Терапевтический стационар: при уровне печеночных трансаминаз >10 норм, для оказания неотложной помощи при тяжёлом поражении гепатобилиарной системы и решении вопроса о трансплантации печени
			УЗИ ОБП с эластометрией печени – 1 раз в год. Оценка тяжести течения по шкале MELD. Онлайн калькулятор (prometheus.spidolog.ru). Индекс Мэддрей. Онлайн калькулятор (medical-club.net)	— пентоксифиллин (при противопоказаниях к преднизолону) – 400 мг 3 раза ²² Индекс Мэддрей <32: — УДКХ 15 мг/кг/сут – 3–12 мес. — Метадоксил 600–1200 мг в/в 4 недели, далее per os 1000–1500 мг/сут до 3-х месяцев. — Адеметнион – 800–1200 мг в/в 10 дней, далее per os 800–1000 мг в сутки, длительно. — ЭФЛ 300 мг 3 раза в день, не менее 3 мес. — L-орнитин L-аспартаг ¹⁵ — психодиагностика и психокоррекция.	Гастроэнтеролог – по клиническим показаниям (коррекция терапии, определение показаний для биопсии и трансплантации печени). Нарколог – постановка на учет, динамическое наблюдение.	

Группы диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями
The follow-up groups of patients with diseases of the digestive system

Группа ДН Follow-up Group	МКБ ICD-10	Цель ДН Aim of Follow-up	Рекомендуемая периодичность ДН пациента врачом Recommended frequency of dispensary follow-up by the physician	Длительность ДН Duration of dispensary follow-up	Назначения Prescriptions	Профилактическая (противорецидивная) терапия Preventive (anti-relapse) therapy	Консультация специалистов Specialist Consultation	Показания для госпитализации Indications for hospitalization
Цирроз печеночной (исключая вирусной, аутоиммунной) этиологии, болезнь Вильсона, гемохроматоз [4, 12]	К 74	Обеспечить ремиссию, предупредить развитие осложнений	2 раза в год	пожизненно	ОАК с тромбоцитами биохимический анализ крови: глюкоза, общий холестерин, альбумин, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин общий и прямой, калий, натрий, креатинин, ПТИ/МНО – 1 раз в 6 мес. (по показаниям чаще), альфа-фетопротеин – 1 раз в год, УЗИ ОБП – 1 раз в год, КТ/МРТ органов брюшной полости по показаниям, Диагностическая ЭГДС – не реже 1 раза в 2 года при исходном отсутствии ВРВ и компенсированном заболевании печени; не реже 1 раза в год при исходном наличии ВРВП и/или декомпенсированном заболевании печени.	соблюдение режима дня и питания, ограничение физической нагрузки, ограничение белка 1–1,5 г/кг, ограничение соли 4,6–6,9 гр в сутки, ежедневный контроль веса и окружности живота. Адеметионин 800–1600 мг/сут., УДХК 10–15 мг/кг., Глицирризиновая кислота 105–210 мг/сут — Отечно-асцитический синдром (Спиронолактон 100 мг/сут. со ступенчатым увеличением каждые 3 дня (шаг 100 мг) до максимальной дозы 400 мг в сутки при отсутствии отека, при развитии гипонатриемии заменить амилолитом (менее эффективен) Фуросемид 40 мг/сут со ступенчатым увеличением до 160 мг/сут (с шагом 40 мг) – Контроль веса, диуреза, АД, электролитов крови (натрий, калий) и креатинина. Максимальная потеря веса 0,5 кг в сутки без отеков ног и 1 кг с отеками. ПЭ (Орнитин 5–10 гр/сут, Лактулоза 15–30 мл 2–3 раза в сутки, рифаксимин 1200 мг в сутки, возможно длительное использование). ВРВП II–III ст (Анаприлин 5–20 мг/сут. Карведилол 6,25–25 мг/сут) Альбумин 20%-100 мл в/в капельно (при гипоальбуминемии)	Гастроэнтеролог (при циррозе класс В-С по Чайлд-Пью, осложнений в стадии декомпенсации; терапии) – 1 раз в год. Офтальмолог однократно Кардиолог при выявлении анемии, гепаторенального синдрома застойной ХСН Хирург – при ВРВП (2–3 ст, с высоким риском кровотечения, в том рецидивов)	В терапевтический стационар: ЦП без хирургических осложнений в стадии декомпенсации; симптоматические (гепатогенные) эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ, тяжелая анемия, гепаторенальный синдром В хирургическое отделение: кровотечение из ВРВП, инфаркт селезенки, бактериальный перитонит
Полипы толстой кишки [4]	К 63.5	Стабилизация морфологических изменений по колоноскопии и биопсии	Группа низкого риска – 1 раз в 10 лет; Группа высокого риска – 1 раз в 3 года.	пожизненно	Колоноскопия. Биопсия с гистологическим исследованием (по эндоскопическим показаниям).	Мониторинговые колоноскопии с эндоскопической санацией кишки согласно следующим группам риска: Группа низкого риска – пациенты с 1–2 тубулярными аденомами <10 мм с низкой степенью дисплазии; с зубчатыми образованиями размером < 10 мм без дисплазии; с гиперпластическими полипами. Группа высокого риска – пациенты с ворсинчатыми аденомами, либо дисплазией высокой степени, либо размерами ≥10 мм, либо ≥3 аденом, либо с большими зубчатыми образованиями (≥10мм) или при наличии дисплазии.	Хирург (множественный полипоз). Онколог (при подозрении/выявлении злокачественного образования). Генетическая консультация (10 и более аденом)*.	

болезней, а также в случае решения вопроса о необходимости и факте проведения высокотехнологичной помощи для больных с воспалительными заболеваниями кишечника (язвенный колит

и болезнь Крона) и аутоиммунными заболеваниями печени (аутоиммунный гепатит, аутоиммунный холангит, перекрестный аутоиммунный синдром) [13].

Показания для консультации пациентов специалистом гастроэнтерологом (амбулаторный прием)

- 1. Заболевания пищевода** – любые, за исключением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (неэрозивная форма, рефлюкс-эзофагит 1–2 степени (эрозивный))
- 2. Заболевания желудка:** гастрит (атрофический), полипы желудка, болезни оперированного желудка
- 3. Заболевания кишечника,** включая ДПК: целиакия, лактазная недостаточность воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит, микроскопический колит), ишемический колит, дивертикулярная болезнь, синдром мальабсорбции (различного генеза)
- 4. Заболевания печени:** алкогольная болезнь печени, болезни накопления (болезнь Вильсона, гемохроматоз, гликогенозы), объемные образования печени, аутоиммунные заболевания (первичный склерозирующий холангит, первичный билиарный холангит (цирроз))
- 5. Заболевания желчного пузыря:** рефрактерное течение дискинезий желчного пузыря, билиарный сладж, постхолецистэктомический синдром
- 6. Заболевания поджелудочной железы:** хронический панкреатит с внешнесекреторной и эндокринной недостаточностью, с нутритивной недостаточностью, рецидивирующим болевым синдромом.

Группы пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями, подлежащих диспансерному наблюдению у гастроэнтеролога
Groups of patients with gastroenterological diseases subject to follow-up observation by a gastroenterologist

Группа диспансерного наблюдения Follow-up observation group	Рубрика МКБ X ICD X
Ахалазия кардии и кардиоспазм	К 22 К 22.4
ГЭРБ с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией – пищевод Барретта	К 22.7
Болезнь оперированного желудка	К 91.1
Аутоиммунный гепатит	К 75.4
Первичный билиарный цирроз (ПБЦ)	К 74.3,
Первичный склерозирующий холангит (ПСХ)	К 76.0 К 83
Болезнь Вильсона-Коновалова	Е 83.0
Гемохроматоз. Нарушение обмена железа	Е 83.1
Целиакия	К 90.0
Язвенный колит	К 51
Болезнь Крона	К 50

Группы пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями, подлежащих направлению на госпитализацию
Groups of patients with gastroenterological diseases to be referred for hospitalization

Группа диспансерного наблюдения Follow-up observation group	Рубрика МКБ X ICD-10	Отделение Department
Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная	К25, К26	хирургия
Полип желудка и ДПК	К 31.7	хирургия
Хронический панкреатит, обострение с выраженным болевым синдромом и/или осложненным течением	К86.0; К86.1; К 86.8; К 86.9.	гастроэнтерология/ хирургия
Желчнокаменная болезнь, симптоматически выраженная и /или с осложнениями	К 80.1	хирургия
Постхолецистэктомический синдром, стеноз БДС и/или холедохолитиаз	К 91.5	хирургия
Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП): Стеатогепатит с выраженной активностью	К 76.0	гастроэнтерология
Алкогольная болезнь печени, стеатогепатит с выраженной активностью	К 70.0–70.4 К 70.9	гастроэнтерология
Цирроз печени, декомпенсация	К 74	гастроэнтерология/ хирургия

Литература | References

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 173n]. Ob utverzhdenii poryadka provedeniya dispansernogo nablyudeniya za vzroslymi [On approval of the procedure for dispensary observation of adults]. March 29, 2019. (in Russ.) Available at: <http://zdravalt.ru/upload/iblock/8b0/173n.pdf> (accessed 15 Jan 2022).
2. Ivashkin V. T., Maev I. V., Trukhmanov A. S., et al. Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association on the Diagnostics and Treatment of Eosinophilic Esophagitis. *Russian Journal*

- of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2018;28(6):84–98. (In Russ.) doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98.
- Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А. С., и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2018;28(6):84–98. doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98.
3. Ivashkin V. T., Maev I. V., Trukhmanov A. S., et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association in Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2020;30(4):70–97. (In Russ.) doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97.

Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А. С., и соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2020;30(4):70–97. doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97.

 4. Chukaeva I. I., Bart B. Ya. Polyclinic therapy. Moscow, KNORUS Publ., 2017, 696 p. (In Russ.)

Чукаева И. И., Барт Б. Я. (ред.) Поликлиническая терапия: учебник. М.: КНОРУС. 2017. –696 с.

 5. Ivashkin V. T., Maev I. V., Tsar'kov P. V., et al. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer in Adults (Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association, Russian Society of Colorectal Surgeons and the Russian Endoscopic Society). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2020;30(1):49–70. (In Russ.) doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70.

Ивашкин В. Т., Маев И. В., Царьков В. П., и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2020;30(1):49–70. doi: 10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70.

 6. Goddard A. F., Badreldin R., Pritchard D. M., et al. Guidelines. The management of gastric polyps. *Gut.* 2010;59:1270–1276. doi: 10.1136/gut.2009.182089.
 7. Hassan C., Quintero E., Dumonceau J. M., et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2013;45(10): 842–851. doi: 10.1055/s-0033-1344548.
 8. Ivashkin V. T., Mayev I. V., Okhlobystin A. V., et al. Diagnostics and treatment of pancreatic exocrine insufficiency: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2018;28(2):72–100. (In Russ.) doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-2-72-100.

Ивашкин В. Т., Маев И. В., Охлобыстин А. В., и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению экзокринной недостаточности поджелудочной железы. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2018;28(2):72–100. doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-2-72-100.

 9. Ivashkin V. T., Mayevskaya M. V., Pavlov C. S., et al. Diagnostics and treatment of non-alcoholic fatty liver disease: clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society and the Russian gastroenterological association. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2016;26(2):24–42. (In Russ.) doi: 10.22416/1382-4376-2016-26-2-24-42.

Ивашкин В. Т., Маевская М. В., Павлов Ч. С., и соавт. Клинические рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2016;26(2):24–42. doi: 10.22416/1382-4376-2016-26-2-24-42.

 10. Ivashkin V. T., Mayevskaya M. V., Pavlov C. S., et al. Management of adult patients with alcoholic liver disease: clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2017;27(6):20–40. (In Russ.) doi: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-20-40.

Ивашкин В. Т., Маевская М. В., Павлов Ч. С., и соавт. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2017; 27(6):20–40. doi: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-20-40.

 11. Lazebnik L. B., Golovanova E. V., Tarasova L. V., et al. Adult Alcoholic Liver Disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology.* 2020;174(2): 4–28. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-174-2-4-28.

Лазебник Л. Б., Голованова Е. В., Еремина Е. Ю., Кривошеев А. Б., Сас Е. И., Тарасова Л. В., Трухан Д. И., Хлынова О. В., Цыганова Ю. В. Алкогольная болезнь печени (АБП) у взрослых. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;174(2): 4–28. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-174-2-4-28.

 12. Angulo P., Hui J. M., Marchesini G., et al. The NAFLD fibrosis score A noninvasive system that identifies liver fibrosis in patients with NAFLD. *Hepatology.* 2007;45(4):846–854. doi: 10.1002/hep.21496.
 13. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya permskogo kraja ot 12 oktyabrya 2019. № SED-34-01-06-840 [Order of the Ministry of Health of the Perm Territory, no. SED-34-01-06-840]. Ob utverzhdenii Reglamenta okazaniya meditsinskoj pomoshchi po profilu «gastroenterologiya» v Permskom kraje [On the approval of the Regulations for the provision of medical care in the field of gastroenterology in the Perm Territory]. October 10, 2019. (in Russ.) Available at: <https://minzdrav.permkrai.ru/dokumenty/101760/> (accessed 15 Jan 2022).

Приказ Министерства здравоохранения пермского края «Об утверждении Регламента оказания медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология» в Пермском крае. СЭД-34-01-06-840 от 12.10.2019 г.