

Российское научное медицинское общество терапевтов

Научное общество гастроэнтерологов России

Лазебник Л.Б., Хлынова О.В., Алексеева О.П., Тарасова Л.В.,
Вологжанина Л.Г., Степина Е.А., Воронова Е.И., Третьякова Ю.И., Игумнова О.А.

Диспансерное наблюдение

при заболеваниях органов системы пищеварения

(для специалистов первичного звена: врач-терапевт, врач общей практики)

методические рекомендации

Проект

2021

Сведения об авторах:

Лазебник Л.Б. – президент научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), вице-президент РНМОТ, д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Хлынова О.В. – д.м.н., профессор, член-корр. РАН, зав.кафедрой госпитальной терапии и кардиологии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им.акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Алексеева О.П. – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и общей врачебной практики им. В.Г. Вогралика ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Приволжского федерального округа

Тарасова Л.В. – д.м.н., профессор, зав.кафедрой факультетской и госпитальной терапии Чувашского государственного университета им.И.Н. Ульянова, главный терапевт. Гастроэнтеролог Минздрава Чувашской республики

Вологжанина Л.Г. – к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии №1 ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им.акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Степина Е.А. - к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и кардиологии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им.акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Воронова Е.И. - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней и семейной медицины ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им.акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Третьякова Ю.И. - к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им.акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Игумнова О.А. - к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии №1 ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им.акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Аннотация.

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

Основной материал пособия 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.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
Группы диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.....	8
Распределение оказания медицинской помощи пациентам по профилю «гастроэнтерология» с учетом трехуровневой	17
Показания для консультации пациентов специалистом – гастроэнтерологом (амбулаторный прием).....	19
Группы пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями подлежащих диспансерному наблюдению у гастроэнтеролога.....	19
Группы пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями подлежащих госпитализации.....	20
Библиография.....	21

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АКП – аденокарцинома пищевода
ВРВП – варикозное расширение вен пищевода
ГЦК – гепатоцеллюлярная карцинома
ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДН – диспансерное наблюдение
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ИПП – ингибиторы протонной помпы
НАЖБП – неалкогольная жировая болезнь печени
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
ОАК – общий анализ крови
ПЖ – поджелудочная железа
ПЭ – печеночная энцефалопатия
РЭ – рефлюкс-эзофагит
УДХК – урсодезоксихолевая кислота
УЗИ ОБП – ультразвуковое исследование органов брюшной полости
ХНЗ – хронические неинфекционные заболевания
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЦП – цирроз печени
ЭФГДС – эзофагогастродуоденоскопия
ЯБ – язвенная болезнь
ЯБЖ – язвенная болезнь желудка
Нр – *Helicobacter pylori*

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).

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 также включает перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом. В данный перечень включены ряд заболеваний органов системы пищеварения.

Несмотря на отсутствие в Порядке в перечне 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 требующей ДН врачом-терапевтом и врачом общей практики.

Группы диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями

Группа ДН	МКБ	Цель ДН	Рекомендуемая периодичность ДН пациента врачом	Длительность ДН	Назначения	Профилактическая (противорецидивная) терапия	Консультация специалистов	Показания для госпитализации
Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)	K20	обеспечить отсутствие рецидивов эрозивного процесса по данным ЭГДС	не реже 1 раза в 6 мес.	в течение 3 лет с момента последнего обострения	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК • ЭФГДС с биопсией минимум 1 раз в год 	<p>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</p> <p>Соблюдение элиминационной диеты (при эозинофильном эзофагите)</p> <p>При эозинофильном эзофагите, если ремиссия была достигнута с помощью стероидов: долгосрочное 5 летнее назначение топического стероида флутиказона пропионат без снижения дозы⁵</p>	Гастроэнтеролог – с целью коррекции терапии не менее 1 раза в год	для плановой госпитализации: нарастание дисфагии для экстренной госпитализации и проведения немедленной ЭФГДС.: острая обтурационная дисфагия (эпизод вклинения пищи в пищевод)
Гастрэзофаге-альный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндрической метаплазии - без Баррета)	K21.0	обеспечение клиничко-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	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК • Анализ кала на скрытую кровь (1 раз в год) • ЭГДС (кратность проведения определяет гастроэнтеролог) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	Гастроэнтеролог (при рефрактерном и рецидивирующем течении ГЭРБ) – 1 раз в год	при осложненном течении ГЭРБ: повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, частые аспирационные пневмонии; в случаях, когда пациент невозможности проведения консерватив-

						терапия ИПП в полной дозе Эрадикационная терапия назначается при обнаружении Н. pylori и наличии показаний к длительному приему ИПП.		ной терапии ГЭРБ
ГЭРБ с эзофагитом и цилиндроклеточной метаплазией - пищевод Барретта	K21.0	для предупреждения АКП и ранней диагностик и дисплазии эпителия; отсутствие прогрессирования эндоскопических и морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией ³	не реже 1 раза в 6 месяца с оценкой эффективности контроля симптомов ГЭРБ или по рекомендации гастроэнтеролога	пожизненно	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК – 1 раз в год; • анализ кала на скрытую кровь – 1 раз в год. • ЭФГДС 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 	<p>при верифицированном пищеводе Барретта и при дисплазии низкой степени – постоянная поддерживающая терапия ИПП в полной дозе</p> <p>при дисплазии высокой степени постоянная поддерживающая терапия ИПП в двойной дозе с решением вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении⁴</p> <p>Эрадикационная терапия назначается при обнаружении Н. pylori и наличии показаний к длительному приему ИПП.</p>	<p>Гастроэнтеролог – 1 раз в год</p> <p>Хирург – при морфологическом выявлении дисплазии, при наличии стриктуры дистального отдела пищевода.</p> <p>Онколог – по медицинским показаниям</p>	повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие пищевода Барретта с дисплазией эпителия высокой степени, доказанной двумя морфологами, частые аспирационные пневмонии; в случаях, когда пациент невозможности проведения консервативной терапии ГЭРБ

					диагноза двумя независимыми экспертами морфологами – решение вопроса об эндоскопическом или хирургическом лечении			
Язвенная болезнь желудка	K25	обеспечить стабильную ремиссию, предупредить развитие осложнений	в зависимости от тяжести течения: легкое течение: 1 раз в год (рефрактерность, рецидивы заболевания более 2 раз в год, осложненные формы) – 2 раза в год	5 лет с момента последнего обострения	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК • диагностика Нр-инфекции (на этапе верификации инфекции – антитела IgG; для оценки эффективности эрадикации – антиген 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 <p>ЭГДС:</p> <ul style="list-style-type: none"> • контрольное эндоскопическое 	<p>Режим общий. Стол № 15, дробное питание до 6 раз в день.</p> <p>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 недель².</p> <p>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)</p> <p>Через 2-3 месяца после стихания обострения возможно санаторно-курортное лечение продолжительностью 14-21 день.</p> <p>Санаторно-курортное лечение проводится в санаториях Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др. и включает в себя грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, питье щелочных минеральных вод¹</p>	<p>Гастроэнтеролог – при неэффективности амбулаторного лечения</p> <p>Хирург: при осложненном течении ЯБ (стеноз, признаки состоявшегося кровотечения); при подозрении на малигнизацию</p>	<p>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</p> <p>Хирургическое отделение:</p>
Язвенная болезнь ДПК	K26							

					исследование не ранее чем через 4 недели от первоначального. <ul style="list-style-type: none"> • 1 раз в год при ЯБЖ 			осложненные формы ЯБ (кровотечение, перфорация, пилоростеноз, пенетрация, малигнизация)
Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит	K29.4 K29.5	Стабилизация морфологических изменений по ЭГДС с биопсией	2 раза в год	пожизненно с момента установления диагноза (или до выявления опухоли)	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК • первичная диагностика Нр-инфекции • оценка эффективности эрадикации: антиген Нр в кале, уреазный дыхательный тест • кал на я/г • кал на скрытую крови – 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 ulcerогенным 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 1 линии) Онколог – при подозрении на малигнизацию процесса	Терапевтический стационар: гастрит с тяжелой анемией; выраженная коморбидность
Полипы (полипоз) желудка	К 31.7	Отсутствие прогрессирования и морфологических изменений по данным ЭФГДС с биопсией	1 раз в год	пожизненно (или до выявления малигнизации)	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК • Кал на скрытую кровь • определение Нр (IgG) • ЭГДС 1 раз в год • Биопсия с гистологическим 	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 эндоскопического лечения	Хирургическое отделение (для эндоскопического лечения: при аденоматозном полипе; при гиперпластическом)

					исследование – по показаниям		(аденоматозный или гиперпластический полип размерами более 2,5 см) Онколог: при подозрении/выявлении и злокачественного образования	ком с клиническими симптомами и/или наличием дисплазии; при рецидивах полипов после эрадикации Нр
Хронический панкреатит	K86.0	Отсутствие прогрессирования белково-энергетической недостаточности ²	2 раза в год	пожизненно	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК • Амилаза (панкреатическая) крови • Глюкоза крови (гликозилированной Нв – при наличии панкреатогенного сахарного диабета) • Копрограмма • УЗИ органов брюшной полости • КТ или МРТ - при первичной постановке диагноза, • при подозрении на образование ПЖ, вирусгэкстазии • Денситометрия костей показано не реже 1 раза в год при наличии 	<p>отказ от употребления алкоголя и табакокурения;</p> <p>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.</p> <p>При наличии болевого синдрома (Парацетамол 1000–2000 мг/сут. Дротаверина гидрохлорид, Мебеверин, ИПП, Н2 гист бл, Мх-лителики</p> <p>При наличии экзокринной и трофологической 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.</p> <p>Коррекция гликемии (при наличии</p>	<p>Гастроэнтеролог –1 раз в год , 2 раза в год - при тяжелом и осложненном течении</p> <p>Эндокринолог – 1 раз в год (при выявлении гипергликемии, сахарного диабета).</p> <p>Хирург - при стойком болевом синдроме, наличии осложнений – кисты, обструкция и др.</p>	<p>В терапевтически й стационар: нутритивная недостаточность средней или тяжелой степени.</p> <p>В хирургическое отделение: пациенты с симптомами обструкции вирусунгова протока</p>

					признаков экзокринной недостаточности	панкреатогенного сахарного диабета (после консультации эндокринолога)		
Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП): Стеатогепатит. Стеатогепатоз с фиброзом	К 76.0	предупредить прогрессирование и осложнения заболевания	1 раз в 6 месяцев	до нормализации всех лабораторных и инструментальных маркеров заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Определены антропометрические данные (масса тела, индекс массы тела, окружность талии) • ОАК и тромбоциты; • биохимический анализ крови: трансаминазы, гаммаглутамил-транспептидаза, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, мочевины, альбумин • коагулограмма: МНО, ПТВ • Определены: глюкоза, гликированный гемоглобин, липидный спектр; • маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV сумм.) – 1 раз в год • Индекс фиброза NAFLD (fibrosis score calculator). Онлайн 	<p>Соблюдение гипокалорийной диеты, снижение массы тела, ежедневные физические нагрузки, исключение неоправданного применения лекарственных препаратов.</p> <p>Прогрессирующее течение НАЖБП, неэффективность соблюдения мероприятий по здоровому образу жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Гастроэнтеролог/гепатолог – в случаях отсутствия ответа на терапию и прогрессирования заболевания, определения показаний для биопсии печени, бариатрической терапии)</p> <p>Эндокринолог, Кардиолог – по показаниям</p>	

					<p>калькулятор nafldscore.com</p> <ul style="list-style-type: none"> • Непрямая эластография печени Fibroscan - у пациентов с индексом NAFLD более -1.455 • Альфа-фетопротеин, УЗИ печени (скрининг ГЦК) - ежегодно • Скрининг на кардио-васкулярный риск каждые 1-2 года. Онлайн калькулятор (prometheus.spidolog.ru) 			
Алкогольная болезнь печени	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 месяца в течение 2-х лет	до нормализации всех лабораторных и инструментальных маркеров заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка статуса питания по индексу Кетле. Онлайн калькулятор (medsoftpro.ru/kalkulyatory/kettle-weight.html); • Скрининг посредством вопросника AUDIT-C (prometheus.spidolog.ru); • ОАК с тромбоцитами, • Биохимическое исследование крови: билирубин, АСТ, АЛТ, коэффициент де 	<p>Полная абстиненция.</p> <p>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)</p> <p>Витамины и микроэлементы: тиамин, пиридаксин, цианкоболамин, фолиевая кислота, магний, калий²².</p> <p>MELD ≥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). - пентоксифиллин (при противопоказаниях к преднизолону)</p>	<p>Гастроэнтеролог - по клиническим показаниям (коррекция терапии, определение показаний для биопсии и трансплантации печени).</p> <p>Нарколог – постановка на учет, динамическое наблюдение.</p>	<p>Показания для госпитализации и Терапевтический стационар: при уровне печёночных трансами-наз >10 норм, для оказания неотложной помощи при тяжёлом поражении гепатобилиарной системы и решении вопроса о трансплантации</p>

					<p>Ритиса, ЩФ, ГГТП, IgA, общий белок, глюкоза, альбумин;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Коагулограмма: ПТВ, МНО. • Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV сумм.) – 1 раз в год. • УЗИ ОБП с эластометрией печени - 1 раз в год. • Оценка тяжести течения по шкале MELD. <p>Онлайн калькулятор (prometheus.spidolog.ru). Индекс Мэддрей. Онлайн калькулятор (medical-club.net)</p>	<p>—400 мг 3 раза²²</p> <p>Индекс Мэддрей <32:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Адеметионин – 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- аспаргат¹⁵ - психодиагностика и психокоррекция. 		и печени
<p>Цирроз печени (исключая вирусной, аутоиммунной этиологии, болезнь Вильсона, гемохроматоз)</p>	К 74	Обеспечить ремиссию, предупредить развитие осложнений	2 раза в год	пожизненно	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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(Спиролонактон 100 мг/сут.со ступенчатым увеличением каждые 3 дня (шаг 100 мг) до максимальной дозы 400 мг в сутки 	<ul style="list-style-type: none"> • Гастроэнтеролог (при циррозе класс В-С по Чайлд-Пью, коррекция терапии) – 1 раз в год. • Офтальмолог однократно • Кардиолог (при выраженных явлениях застойной ХСН) • Хирург – при ВРВП (2-3 ст, с высоким риском 	<p>В терапевтически стационар: ЦП без хирургических осложнений в стадии декомпенсации ; симптоматические (гепатогенные) эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ, тяжелая</p>

					<p>в год,</p> <ul style="list-style-type: none"> УЗИ ОБП – 1 раз в год, КТ/МРТ органов бр 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. 	<p>при отсутствии ответа, при развитии гинекомастии замена амилоритом(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.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) 	<p>кровотечения, в том рецидивов)</p>	<p>анемия, гепаторенальный синдром</p> <p>В хирургическое отделение: кровотечение из ВРВП, инфаркт селезенки, бактериальный перитонит</p>
Полипы толстой кишки	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	<p>Колоноскопия. Биопсия с гистологическим исследованием (по эндоскопическим показаниям).</p>	<p>Мониторинговые колоноскопии с эндоскопической санацией кишки согласно следующим группам риска*:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Хирург (множественный полипоз). Онколог (при подозрении/выявлении и злокачественного образования). Генетическая консультация (10 и более аденом)*. 	

Распределение оказания медицинской помощи пациентам по профилю «гастроэнтерология» с учетом трехуровневой системы

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

На 2 уровне (специализированные гастро-отделения) - 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 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).

**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**

Группа диспансерного наблюдения	Рубрика МКБ 10
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) Первичный склерозирующий холангит (ПСХ)	К 74.3, 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

Группа диспансерного наблюдения	Рубрика МКБ	Отделение
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

Библиография

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г. № 173н “Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми”.
2. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.С. Трухманов, Т.Л. Лапина, и др. // Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2018; 28(6).
3. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л., Сторонова О.А., Зайратьянц О.В., Дронова О.Б., Кучерявый Ю.А., Пирогов С.С., Сайфутдинов Р.Г., Успенский Ю.П., Шептулин А.А., Андреев Д.Н., Румянцева Д.Е.// Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2020;30(4):70–97. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.
4. Goddard A. Guidelines. The management of gastric polyps//A.F. Goddard, R. Badreldin et al.//Gut. 2010; 59:1270-1276
5. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков В.П., Королев М.П. и др. //Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2020; 30(1).
6. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению экзокринной недостаточности поджелудочной железы В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.В. Охлобыстин, С.А. Алексеенко и др. //Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2018;28(2).
7. Клинические рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская, Ч.С. Павлов, И.Н. Тихонов, Е.Н. Широкова, А.О. Буеверов, О.М. Драпкина, Ю.О. Шульпекова, В.В. Цуканов, С.Н. Маммаев, И.В. Маев, Л.К. Пальгова//Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016;2:24-42.
8. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Сиволап Ю.П., Луньков В.Д., Жаркова М.С., Масленников Р.В. //Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(6):20-40 DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-20-40.

9. Клинические рекомендации (МЗ РФ) «Алкогольная болезнь печени», 2019 (пересмотр каждые 3 года). Научное общество гастроэнтерологов России, Российское научное медицинское общество терапевтов.
10. Angulo P, Hui JM, 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
11. Поликлиническая терапия: учебник / коллектив авторов ; под ред. И.И. Чукаевой, Б.Я. Барта. — Москва: КНОРУС, 2017. — 696 с.
12. Бакулин И.Г., Оганезова И.А., Бакулина Н.В., Белоусова Л.Н., Журавлева М.С., Сказываева Е.В., Скалинская М.И. Амбулаторная гастроэнтерология (руководство для врачей под редакцией профессора И.Г. Бакулина)- М.: УМИ, 2020.- 300 с.
13. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2013; 45(10): 842-864.