



Руководителям медицинских организаций  
Курганской области

направлено по электронной почте

**ПРАВИТЕЛЬСТВО  
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Томина, 49, г.Курган,  
Курганская область, 640000  
Тел./факс (83522) 498501, (83522) 498503

<http://www.UZO.Kurgan-med.ru>

e-mail: [DZO@kurganobl.ru](mailto:DZO@kurganobl.ru)

на № \_\_\_\_\_

*26.02.16. № 01-12/1608*

Департамент здравоохранения Курганской области направляет протокол видеоконференции от 18 февраля 2016 года для использования в работе. Все материалы видеоконференции размещены на сайте Департамента здравоохранения Курганской области и Государственного бюджетного учреждения «Курганская областная клиническая больница».

Материалы видеоконференции направить на фельдшерско-акушерские пункты для использования в работе.

Приложение: на 18 л. в 1 экз.

Директор Департамента  
здравоохранения Курганской области

*Л.И. Кокорина* Л.И. Кокорина

Косарева С.Р.  
46-51-03

*СК*

**ПРОТОКОЛ № 2**  
**видеоконференции Департамента здравоохранения Курганской области**

**от 18 февраля 2016 года**

для руководителей медицинских организаций Курганской области, врачей терапевтов, фельдшеров, фельдшеров и других медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов, специалистов кабинетов и отделений медицинской профилактики, инструкторов по санитарно-гигиеническому воспитанию.

**1. Особенности лечения в пожилом и старческом возрасте.**

(Лобанова О. А. – главный внештатный специалист гериатр Департамента здравоохранения Курганской области).

Возраст – единственное, что мы получаем без усилий. Анализ демографических показателей показывает устойчивые тенденции старения населения. Количество лиц пожилого и старческого возраста по России составляет 13,6%. Количество лиц пожилого и старческого возраста по Курганской области 26,8% (молодой до 35 лет, средний до 60, пожилой до 75 лет, старческий более 75 лет, более 90 лет – долгожители).

Основные положения гериатрии:

1. Старение не является болезнью, это неизбежный и физиологический этап развития организма, но в процессе старения развивается возрастная патология, увеличивается вероятность возникновения многих болезней.

2. Старение сопровождается снижением реактивности, изменениями системы иммунитета, что сопровождается атипичным, бессиптомным, скрытым течением заболеваний.

3. Множественность хронически протекающих заболеваний взаимно отягощают друг друга, ухудшают прогноз

4. Степень тяжести поражения организма часто не соответствует маловыраженной симптоматике заболевания.

5. Скрытое, атипичное течение заболеваний, возрастные изменения создают сложности диагностики и лечения заболеваний у пожилых и старых людей.

6. Высокий риск осложнений лекарственной терапии и полипрогмазии. Дозы лекарств в 1,5 – 2 раза меньше, рекомендуемых людям среднего возраста.

7. Приоритеты социально-бытовых проблем, которые составляют 84%.

8. Роль психологического контакта. Знание психологии старого человека.

9. Важность соблюдения этико - деонтологических принципов.

10. Высокий риск ятрогении.

11. Высокий риск диагностических ошибок.

Наиболее угрожающими состояниями для пожилых людей являются: обездвиженность, потеря зрения, патологические нарушения психики (депрессия, деменция), остеопороз и его последствия (перелом шейки бедра компрессионные переломы позвоночника).

Для больных пожилого и старческого возраста характерна социально - психическая дезадаптация. Факторы её вызывающие: выход на пенсию, утрата близких, ограничение возможности общения с оставшимися в живых, трудности самообслуживания, ухудшение экономического положения. Зависимость от других людей приводит к развитию чувства неполноценности, бессилия, покинутости.

Это способствует развитию таких нарушений как: тревожные состояния, депрессии, ипохондрический синдром.

Необходимо помнить, что у пожилых людей соматические заболевания могут сопровождаться психопатологическими синдромами: тревогой, депрессией, нарушением когнитивных функций.

Особенности проявлений онкопатологии: астенизация, депрессия, меньшая интенсивность болевого синдрома. Общая особенность: увеличение числа больных с запущенными формами онкологии, больных пожилого возраста с в12- дефицитной анемией. Риск развития лекарственных осложнений у пожилых в 2 - 3 раза выше, чем у лиц молодого и среднего возраста, около 3/4 больных пожилого возраста неправильно выполняют назначения врача или не выполняют их вообще.

Смена обстановки (госпитализация) являются для пожилого больного стрессовой ситуацией, проявляется декомпенсацией психического статуса: спутанностью сознания, нарушением сна, падениями (36% больных падают с кровати, главным образом вечером и ночью при попытке встать, 28% падают с кресел и стульев, не имеющих запирательных механизмов, 20% падают в туалете, главным образом женщины после опорожнения мочевого пузыря).

Основные проблемы медикаментозной терапии больных в пожилом и старческом возрасте: необходимость назначения более одного лекарственного препарата в силу полиморбидности данного возрастного контингента (вынужденная полипрогмазия); необходимость длительного применения медикаментов в связи с хроническим течением заболеваний (сердечная недостаточность, заболевания опорно-двигательного аппарата, артериальная гипертензия и др.). Происходит нарушение фармакодинамики и фармакокинетики медикаментов на фоне возрастных морфологических и функциональных изменений органов и систем. Недостаточное или неправильное выполнение предписанного режима медикаментозной терапии приводит к нарушению комплайенса. Гипотензивные препараты, особенно у больных с нестабильным артериальным давлением могут приводить к ортостатической гипотонии, проявляющейся падениями и травматическими повреждениями, признаками недостаточности кровоснабжения миокарда и головного мозга. Транквилизаторы у больных с нарушениями сна, причиной которых являются депрессии, приводят к еще большей заторможенности пожилых больных, ухудшению их психического статуса. Это может причиной падений и травм.

Основные принципы лекарственной терапии пациентов пожилого и старческого возраста:

1. Назначение лекарственных средств, эффективность и безопасность которых доказана рандомизированными контролируруемыми исследованиями.

2. Назначение минимального количества лекарственных препаратов (не более двух - трех наименований), подбор лекарственных препаратов «многонаправленного» действия (например, диуретики используют при сочетании гипертонической болезни и недостаточности кровообращения).

3. Уменьшение назначаемых доз большинства препаратов в 1,5 - 3 раза по сравнению с общепринятыми средними терапевтическими дозами. Начинать лечение с низких доз и тщательно титровать дозировки. Важным правилом гериатрической фармакологии является индивидуализация доз.

4. Оптимальная кратность приема назначаемых лекарственных средств 1 - 2 раза в сутки.

5. Назначение таблетированных форм лекарственных препаратов, так как жидкие лекарственные формы могут быть неверно дозированы пожилыми пациентами с нарушенной координацией движений, слабым зрением, памятью.

6. Коррекция лекарственной терапии должна проводиться не реже 2 - 3 раз в год с учетом состояния пациента.

7. Информирование пациента о необходимости назначенного лечения в доступной для него форме; контактирование с родственниками.

8. Лечение не должно нарушать активность и социальные контакты больных.

9. Стоимость лечения должна быть сопоставима с доходами пациента.

10. По возможности шире использовать методы психической и физической реабилитации.

Метод лечения должен быть необходимым, эффективным, доступным, безопасным, достаточным в каждой конкретной ситуации.

Факторы, замедляющие процессы старения: желание жить, принадлежность к роду долгожителей, отсутствие влияния вредных факторов окружающей среды, отсутствие вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики и др.), высокая двигательная активность, недостаточно калорийное, но сбалансированное питание, обеспеченность витаминами и микроэлементами, сбалансированная микрофлора кишечника, высокая антиокислительная активность, высокий уровень иммунологической защиты, исключение травмирующего психоэмоционального фактора, отсутствие хронических отравлений и интоксикаций, правильный режим труда и отдыха, отсутствие возрастной патологии.

## **2. Профилактика неспецифических заболеваний и проведение мероприятий по здоровому образу жизни в медицинских организациях.**

(Хайрова Н. Ф. – исполняющий обязанности главного врача ГКУ «Курганский областной центр медицинской профилактики»).

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 683н от 30 сентября 2015 года «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».

Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровне.

Профилактика неинфекционных заболеваний - это разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний, снижение распространенности основных факторов риска. Мероприятия включают предупреждение и раннее выявление неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития. Они предупреждают о последствиях пагубного употребления алкоголя и наркотических средств. Ведется диспансерное наблюдение за гражданами, имеющими хронические неинфекционные заболевания или высокий риск их развития.

Мероприятия:

- Проведение информационно-коммуникационных мероприятий по гигиеническому просвещению, ведению здорового образа жизни, профилактики неинфекционных заболеваний и потребления наркотических веществ и психотропных веществ без назначения врача.

- Выявление нарушений основных условий ведения здорового образа жизни, факторов риска неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного употребления алкоголя, и риска потребления наркотических и психотропных веществ без назначения врача, определение степени их выраженности и опасности для здоровья.

- Оказание медицинских услуг по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний, профилактике осложнений неинфекционных заболеваний, включая направление пациентов по медицинским показаниям к врачам-специалистам, в том числе специализированных медицинских организаций, направление граждан с выявленным риском пагубного потребления алкоголя, риском

потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача к врачу-психиатру-наркологу специализированной медицинской организации или иной медицинской организации, оказывающей наркологическую помощь.

- Проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.
- Проведение диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями, а также за гражданами с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Медицинская помощь по профилактике неинфекционных заболеваний оказывается амбулаторно, в дневном стационаре и стационарно.

В рамках оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляется фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием по направлению медицинских работников или при самостоятельном обращении граждан.

Фельдшер (медицинская сестра) ФАПа или фельдшерского здравпункта:

1. Осуществляет выявление и коррекцию основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, направляет при наличии медицинских показаний к врачу-специалисту, в отделение/кабинет медицинской профилактики, Центр здоровья, кабинет медицинской помощи по прекращению потребления табака.

2. Участвует в организации и проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

3. Участвует в организации и проведении диспансерного наблюдения за больными неинфекционными заболеваниями и гражданами с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

4. Осуществляет разработку и реализацию мероприятий по информированию и мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни, включая мероприятия по профилактике пагубного употребления алкоголя и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

5. Осуществляет информирование граждан о необходимости обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях, а также обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей первой помощи при этих состояниях.

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляется врачами-терапевтами, врачами терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми по направлению медицинских работников или при самостоятельном обращении граждан.

Врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-педиатр, врач-педиатр участковый:

1. Осуществляет выявление и коррекцию основных факторов риска, в том числе в форме краткого профилактического консультирования, своевременную диагностику неинфекционных заболеваний, направляет при необходимости в отделение/кабинет медицинской профилактики, Центр здоровья, кабинет медицинской помощи по прекращению потребления табака, фельдшерский здравпункт и ФАП, а также к врачам-специалистам по профилю выявленного заболевания(состояния) и фактора риска.

2. Организует и участвует в проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

3. Организует и проводит диспансерное наблюдение за больными неинфекционными заболеваниями, осуществляет направление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний под диспансерное наблюдение

медицинских работников отделения/кабинета медицинской профилактики, Центра здоровья, специализированных медицинских организаций, фельдшерских здравпунктов, ФАПов, ведет учет прохождения гражданами диспансерных осмотров у других врачей-специалистов.

4. Принимает участие в разработке и реализации мероприятий по информированию и мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни, включая мероприятия по профилактике пагубного употребления алкоголя и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

5. Осуществляет информирование граждан о необходимости обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях, а также обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей первой помощи при этих состояниях.

Задачи 2016 года включают обязательное участие медицинских организаций в областных информационных акциях, организацию массовых акций для населения, привлечение к профилактической работе других ведомств.

Задачи Центров здоровья в 2016 году:

1. Обеспечить 100% выполнение плановых заданий (составить и выполнять план-график посещений Центров Здоровья организованными коллективами).

2. Организовать на базе Центров здоровья не менее 4-х школ:

- Школа рационального питания
- Школа для пациентов с артериальной гипертензией
- Школа отказа от курения
- Школа основ здорового образа жизни

3. Обеспечить обучение в школах здоровья граждан с 2 и 3 группами состояния здоровья не менее 60% .

4. Повышение качества индивидуального углубленного профилактического консультирования.

5. Участие в проведении мероприятий по пропаганде здорового образа жизни.

### **3. Библиотека в помощь медицинскому работнику.**

(Васильева Т. В. – заместитель директора по библиотечной работе ГКУ «Медицинский информационно-аналитический центр в Курганской области»)

Сегодня стало привычным со всеми вопросами обращаться в интернет, но он поможет тогда, когда мы знаем, где есть нужная нам информация, кто формирует ее в своих базах данных. В том случае, если вас интересует профессиональная информация, не забывайте, что для медицинских работников Курганской области есть специальная научная медицинская библиотека. С 1956 года и до февраля 2016 года, мы были областным учреждением в системе здравоохранения. На сегодняшний день после реорганизации мы стали структурным подразделением Государственного казенного учреждения «Медицинский информационно-аналитический центр в Курганской области».

Пользоваться услугами нашей библиотеки стало проще. Необязательно приезжать к нам, т.к. мы выполняем виртуальные услуги, достаточно выйти на наш сайт. Не зная адреса сайта, наберите ключевые слова в поисковиках: яндекс, гугл - Курганская медицинская библиотека, сайт.

А многие из вас - участники социальной сети «в контакте». Библиотека вышла в сеть неделю назад. И к нам уже добавились 40 человек.

Обращаю ваше внимание на основные направления деятельности библиотеки в помощь медицинским работникам Курганской области.

Сайт библиотеки открывается страницей «Новости». Вверху - актуальные новости, те, которые начинаются с года Илизарова. 2016 год объявлен годом ученого.

Фонд библиотеки занесен в электронный каталог. Поиск в каталоге ведется либо по автору, либо по заглавию, или задается ключевое слово – ринит, фельдшер, грипп и т.д.

Страница – «Ресурсы». И это, в первую очередь, книги. Здесь вы всегда можете познакомиться с новыми книжными поступлениями в такой форме: скан обложки книги и аннотация.

Еще один большой ресурс библиотеки – это журналы. Выбираем тот, который нам сейчас нужен, и узнаем, сколько номеров уже поступили в фонд.

Как только библиотека получает свежий номер, делается скан оглавления и без задержек выставляется на сайт. Поэтому ознакомиться с содержанием журнала вы сможете практически сразу, по мере его поступления.

Следующий раздел ресурсов – подписка. Мы информируем о тех периодических изданиях, которые библиотека выписывает. Не надо звонить, приходить, достаточно выйти на сайт и увидеть нужное вам издание. Журнал «Справочник фельдшера и акушерки» мы выписываем постоянно.

Подписку мы оформляем по полугодиям. Если видим, что выписанное издание не пользуется спросом, решаем продолжать ли его выписывать дальше или заменить другим. Сегодня, когда мы ограничены в финансах, у каждого журнала у нас есть свои пользователи. Цветом отмечены те журналы, которые выходят в печатном виде и дополнительно предлагают электронную версию.

В этом году есть доступ к 12 электронным версиям журналов НЭБ eLibrari. Мы сканируем эти журналы по мере их выхода и предлагаем сканы своим пользователям, т. е мы используем этот ресурс не только при чтении его читателем в стенах библиотеки, как это предполагается, а гораздо шире.

Подписалась библиотека в этом году и на доступ к ЭМБ «Консультант врача». Получив в библиотеке логин и пароль, вы можете бесплатно выходить в эту библиотеку со своих компьютеров.

Мы сделали для медицинских работников подборки полезных сайтов и журналов. От них можно выйти сразу на источник.

#### **4. Диспансерное наблюдение больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.**

(Попова О.А. – главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Курганской области).

Статья 46 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»: «Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение (в т.ч. необходимое обследование), за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации».

Порядок диспансерного наблюдения регламентируют: Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» (зарегистрирован в Минюсте России 14.02.2013 N 27072, содержит перечень 38 заболеваний); Приказ Минздрава СССР 1986 года №770 (включает рекомендации по 13 нозологиям); клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации; рекомендации по профилактике хронических неинфекционных заболеваний (2013 год); рекомендации по диспансеризации больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) РФ у врача терапевта или врача гастроэнтеролога.

Болезни органов пищеварения (Приказ № 1344н):

1. Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный).
2. Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии – пищевода Баррета).
3. Язвенная болезнь желудка, неосложненное течение в течение 5 лет с момента последнего обострения.
4. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в течение 5 лет с момента последнего обострения.
5. Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит.
6. Полипы (полипоз) желудка.
7. Дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение.
8. Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко.
9. Состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции).

Рубцовая стриктура пищевода, не требующая оперативного лечения в списке Приказа Минздрава СССР 1986 года №770 (действующий), включает рекомендации по 12 нозологиям:

1. Язвенная болезнь с локализацией язвы в ДПК
  - с частыми обострениями Д III,
  - стадия стойкой ремиссии Д II.Хр. гастродуоденит
  - с частыми обострениями Д III,
  - стадия стойкой ремиссии Д II.Атрофический гастрит (Д III)
2. Хр. Эзофагит (Д III)  
Хр. язвенный эзофагит (Д III)
3. Полипоз желудка (Д III)
4. Хр. гепатит персистирующий (Д III)
  - умеренной активности,
  - выраженной активности,
  - выраженной активностью без гормональной терапии,
  - выраженной активностью с гормональной терапией.
5. Цирроз печени (Д III).
6. Состояние после перенесенного гепатита (Д III).
7. Хр. некалькулезный холецистит с частыми обострениями (Д III), без частых обострениями (Д II).
8. ЖКБ (Д III).
9. Хр. панкреатит (Д III). В стадии стойкой ремиссии (Д II).
10. Хр. энтероколит
  - с частыми обострениями (Д III),
  - без частых обострениями (Д II).
11. Состояние после резекции желудка и холецистэктомии и других операции на органах пищеварения
  - переведенные от хирурга (Д III),
  - в стадии компенсации (Д II).
12. Язвенный колит и болезнь Крона непрерывнорецидивирующее течение (Д III),
  - с перианальным поражением (Д III),
  - после отключения всей или части толстой кишки (Д III).

Анализ нормативной базы по диспансерному наблюдению включает:

1. Приказ Минздрава СССР 1986 года №770 (кратность и перечень методов исследования при ДН) абсолютно устарел.
2. Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. №1344н «Порядок диспансерного наблюдения» (Дан перечень нозологий для ДН участковым терапевтом, кратность посещений) нет перечня методов.
3. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации
4. Рекомендации по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, 2013.

Цель диспансерного наблюдения для лиц, имеющих хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) III группы здоровья заключается в достижении заданных значений; коррекции факторов риска заболеваний; предотвращении их прогрессирования; предупреждении обострений; снижении числа госпитализаций и повышении качества и увеличения продолжительности жизни.

Для лиц без ХНИЗ с высоким риском их развития II группы здоровья важен контроль факторов риска, в том числе с помощью медикаментозных средств; предотвращение прогрессии патологического процесса, осложнений; повышение качества и увеличение продолжительности жизни.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения заключаются в уменьшении числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением; уменьшении числа госпитализаций по экстренным медицинским показаниям, и по поводу обострений и осложнений заболеваний; отсутствии увеличения или сокращения числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением; снижении показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций; уменьшении частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением; снижении числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

«... Диспансерное наблюдение осуществляется медицинскими работниками медицинской организации, где гражданин получает ПМСП:

- 1) врач-терапевт (участковый, цеховой, врач общей практики (семейный),
- 2) врачи-специалисты (по профилю заболевания),
- 3) врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики,
- 4) врач (фельдшер) центра здоровья,
- 5) фельдшер ФАПа (ФЗП) в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения (приказ МЗиСР России от 23 марта 2012 г. N 252н)...»

Диспансерный прием врача или фельдшера включает (из приказа № 1344н):

- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных реабилитационных мероприятий, в т.ч. направление на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента).

Заболевания ЖКТ находящиеся под диспансерным наблюдением (приказ № 1344н):

1. Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный).
  2. Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии - пищевода Баррета).
  3. Язвенная болезнь желудка.
  4. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
  5. Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит.
  6. Полипы (полипоз) желудка.
  7. Дивертикулярная болезнь кишечника.
  8. Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко.
  9. Состояние после резекции желудка (по прошествии более 2 лет после операции).
  10. Рубцовая стриктура пищевода, не требующая оперативного лечения.
- + приоритетные заболевания из приказа №770.
11. Хр. гепатит персистирующий (Д III)
    - умеренной активности;
    - выраженной активности;
    - выраженной активностью без гормональной терапии;
    - выраженной активностью с гормональной терапией
  12. Цирроз печени (Д III)
  13. Состояние после перенесенного гепатита (Д III) Хр. панкреатит (Д III). В стадии стойкой ремиссии (Д II)
  14. Хр. панкреатит
    - с частыми обострениями (Д III),
    - в стадии стойкой ремиссии (Д II)
  15. Хр. энтероколит - с частыми обострениями (Д III),
    - без частых обострений (Д II).
  16. Язвенный колит и болезнь Крона непрерывно рецидивирующее течение (Д III),
    - с перианальным поражением (Д III),
    - после отключения всей или части толстой кишки (Д III).

Нозология	Кратность	обследования	рекомендации	Комментарии
Язвенная болезнь с частыми обостр. Д III В стадии ремиссии Д II	1 раз в год терапевт, гастроэнтеролог, онколог, хирург по показаниям в течение 5 лет с последнего обострения	ФГС+ биопсия по показаниям, определение Н.Р., ОАК, кал на скрыт кровь, УЗИГБЗ	Диета, режим, антисекреторная терапия, эрадикационная терапия в течение 7-10 дней, пролонгация курса антисекреторной терапии до 5-7 недель	Профилактическая терапия: непрерывная и по требованию. Профилактика в осенне-весенний период не проводится. Отказ от алкоголя и курения
Хр. гастродуоденит с частыми обострениями Д III	3-4 раза в год терапевт, гастроэнтеролог по показаниям.	ФГС, Р-графия по показаниям ОАК УЗИ ГБЗ, кал на скрыт. кровь	Диета, режим, Антисекреторная терапия, прокинетики, Эрадикационная терапия в течение 7-10 дней	то же

Атрофический гастрит Д III	2р\год г\энтеролог, онколог по показаниям	ФГС с биопсией, Р-графия желудка, ОАК 2р\год,	Диета, режим, заместительная терапия, цитопротекторы, витаминотерапия В12, ферментная, по показаниям витаминотерапия.	Эрадикационная терапия при Н.Р(+). Отказ от алкоголя и курения.
Хр. эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный) Д III	2 р\год г\энтеролог 1-2р\год, онколог по показаниям, 3 года с момента последнего обострения.	ОАК 2р\год, кал на скрыт. кровь, ФГС+биопсия, Р-графия пищевода и желудка, ЭКГ, УЗИ ГБЗ.	Диета, режим, антисекреторная терапия от 4-8 недель, прокинетики, антациды.	Противорцидивная терапия, постоянная или по требованию. При изменении симптоматики, ФГС-контроль (формирование стриктур). Отказ от алкоголя и курения. При отсутствии ремиссии и подозрении на пищевод Баррета показана ФГС+биопсия. Отказ от алкоголя и курения.
Хр. язвенный эзофагит Д III	2-4р\год г\энтеролог, онколог по показаниям, 3 года с момента обострения.	При длительной терапии определение Н. Р.	То же + эрадикационная терапия при обнаружении Н.Р.	

Полипоз желудка и полипы ДIII	2 раза в год, по показаниям чаще, терапевт, гастроэнтеролог 2р\год, хирург, онколог по показаниям. Пожизненно или до выявления малигнизации	ОАК 2р\год, кал на скрыт. кровь, р-скопия, ФГС + биопсия ежегодно	Режим, диета. Цитопротекторы антисекреторная эрадикационная терапия по показаниям, оперативное лечение	Цель - отсутствие развития рака. Отказ от алкоголя и курения
Хр. гепатит персистирующий ДIII	1р\год, терапевт, гастроэнтеролог, невропатолог, по инфекционист показаниям пожизненно	Билир+ фр, Хс, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП об.белок+фр, УЗИГБЗ 1р\год, другие анализы по показаниям, маркеры вирусных гепатитов	Диета, режим, симптоматическая терапия, гепатопротекторы, витаминотерапия	Отсутствие биохимического контроля, появление новых симптомов необходима консультация специалиста. Отказ от алкоголя и курения
Умеренно активный	3-4р\год, терапевт, гастроэнтеролог, инфекционист по показаниям	би\химия 2-3р\год би\химия 4р\год	То же То же + иммунодепрессивные препараты,	То же
Высокой активности (без гормональной терапии)	4р\год, терапевт, гастроэнтеролог		То же + иммунодепрессивные препараты, ГКС, препарат Калия и др.	То же
С гормональной терапией	1р\6 мес, терапевт, гастроэнтеролог, эндокринолог по показаниям	ОАК, биохимия 4р\год и чаще, сахар крови и мочи ежемесячно		То же

Цирроз печени ДIII.	4р\год, без динамики терапевт, пожизненно.	ОАК, Билир+ фр, Хс, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП об.белок+фр, УЗИГБЗ, 2-4р\год по показаниям чаще, ФГС 1р\2 года, Р-графия желудка.	Диета, режим, симптоматическая терапия, гепатопротекторы, витаминотерапия +ГКС, диуретики при асците.	Появление энцефалопатии кровотечения неотложной госпитализации. Отказ от алкоголя и курения.
Состояние после перенесенного инфекционного гепатита ДIII. Без нарушения функции печени ДII.	3р\год г\энтерлог 1р\год 1р\год, терапевт.	То же б\химия 1р\год в течение 2 лет после выздоровления.	То же + сан-кур. лечение Диета, сан-кур. лечение.	Отказ от алкоголя и курения.

Хр. холецистит с частыми обострениями ДІІІ.	2-3р\год, терапевт, г\энтеролог, хирург по показаниям.	ОАК, УЗИ ГБЗ, ОАМ, диастаза мочи, амилаза крови, печеночные пробы, сахар крови, копрограмма, кал на яг, кал на дисбиоз, ФГС, при обострении ОАК при обострении, б\химия, ферменты ПЖЖ, УЗИ ГБЗ.	Диета, режим, спазмолитики, холекинетики, холеретики, а\бактериальная терапия.	а\бактериальная терапия строго по показаниям.
Хр. холецистит с редкими обострениями.	1р\год терапевт, г\энтеролог, хирург по показаниям.		Диета, режим, курсами спазмолитики, холекинетики, холеретики, противовоспалительная терапия.	

ЖКБ без обострения ДІІІ.	2р\год, терапевт, г\энтеролог, хирург по показаниям.	ОАК, УЗИ ГБЗ, ОАМ, диастаза мочи, амилаза крови, печеночные пробы, сахар крови, копрограмма, кал на яг, кал на дисбиоз, ФГС, при обострении.	Диета, режим, решение вопроса о хирургическом лечении при обострении, симптоматическая терапия, а\бактериальная терапия, антациды, ферменты по показаниям.	
--------------------------	--	--	--	--

Хр. ДІІІ. панкреатит	1-4р\год зависимости от тяжести, терапевт гастроэнтеролог, хирург по показаниям.	ОАК, ОАМ, диастаза мочи, амилаза печеночные пробы, белок + фр. копрология, сахар в крови и моче, УЗИГБЗ, толерантность к глюкозе, ФГС То же	Диета, режим, а\секреторная, спазмолитическая, ферментная терапия при обострении. Прокинетики по показаниям. Питание, санаторно-курортное лечение.	а\бактериальная терапия чаще всего не показана, в стадии стихающего обострения, длительная а\секреторная и спазмолитическая терапия. Обучить терапии по требованию. Отказ от алкоголя и курения.
Хр. ДІІІ энтероколит  - с частыми обострениями.  Без частых обострений и СРК.	2р\год терапевт, проктолог  гастроэнтеролог, онколог по показаниям.  1р\год, терапевт или гастроэнтеролог, проктолог по показаниям.	Копрология, кал на дисбиоз, кал на яГ, кал на скрыт. кровь, УЗИ ГБЗ, Б\химия, ОАК, ОАМ RRS, ирригосокопия  То же по показаниям	Диета, режим, спазмолитические, цитопротекторы, ферментная терапия, Антациды, слабительны, про и пребиотики А\бактериальные, препараты при обострении. То же	Слабительные назначаются ежедневно, Доза подбирается индивидуально, так чтобы не было жидкого стула. Ирригоскопия 1р\2года всем после 45 лет

<p>Состояние после резекции желудка, холецистэктомии и других операций на органах пищеварения (переведенные от хирурга) ДІІ.</p> <p>В стадии компенсации.</p>	<p>1-2\год терапевт, г\энтеролог, онколог, хирург по показаниям Пожизненно.</p> <p>1\год терапевт, г\энтеролог по показаниям.</p>	<p>ОАК, копрограмма. кал на скрыт. кровь, кал на дисбиоз, кал на я\г, ФГС, р-графия, УЗИ ГБЗ Определение НР. То же при обострении.</p>	<p>Диета, ферментативная терапия, желчегонные, антисекреторные, противовоспалительная терапия, сан-кур лечение. То же</p>	<p>Отсутствие обострения, отсутствие ВУТ, Перевод в группу ДІІ.</p> <p>То же</p>
<p>Язвенный колит и болезнь Крона -хр. непрерывно рецидивирующее течение ДІІІ.</p>	<p>Терапевт 3-4р\го, гастроэнтеролог, хирург по показаниям, ревматолог, дерматовенеролог, окулист по показаниям.</p>	<p>ОАК, ОАМ, биохимия(белок+фр, печ. Пробы электролиты, трансаминазы, гепатиты, пальцевое исследование прямой кишки, ФКС, УЗИи ГБЗ, ирригоскопия, ФГС.</p>	<p>Питание, комплексная терапия(п\воспалительная, абактериальная(салазопрепараты, ГКС, азатиоприн, симптоматическая терапия. Оперативное лечение по показаниям.</p>	<p>Раннее выявление осложнения(фистулы, кровотечения, стриктуры, перфорации,) выявление ассоциированных заболеваний.</p>

<p>Язвенный колит с перианальными поражениями ДIII.</p>	<p>1р\год по показаниям чаще. Гастроэнтеролог, хирург по показаниям, ревматолог, дерматовенеролог, окулист по показаниям.</p>	<p>То же</p>	<p>То же + радикальная или паллиативная операция свища.</p>	<p>Отсутствие рецидива перианальных осложнений, уменьшение частоты обострений заболевания.</p>
<p>После отключения всей или части толстой кишки ДIII.</p>	<p>1р\6 мес. гастроэнтеролог, хирург 2р\год, онколог 1р\год (после 8 лет), другие специалисты по показаниям.</p>	<p>Билир + фр, Белок + фр, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, креатинин, мочевины, электролиты, Хс RRS, ирригоскопия или ФКС. Больным с левосторонним и тотальным поражением ч\з 8 лет после начала заболевания обязательна биопсия из нескольких участков.</p>	<p>Диета + режим, дегидротация, ферментная и заместительная терапия, спазмолитики, про- и пребиотики в период ремиссии. Комплексная медикаментозная терапия.</p>	<p>Отсутствие нарушений функции илеостомы, гемостаза, отсутствие случаев озлокачествления.</p>

<p>Дивертикулярная болезнь кишечника, легкое течение.</p>	<p>1 раз в 6 месяцев, при отсутствии рецидива в течение 3 лет - 1 раз в 12 или 24 месяцев. Пожизненно, терапевт, гастроэнтеролог и хирург по показаниям.</p>	<p>ОАК, копрограмма, кал на скрыт кровь, кал на дисбиоз, кал на яГ, ФГС, р-графия, УЗИГБЗ. Определение Н.Р.</p>	<p>Питание, комплексная терапия (противовоспалительная, абактериальная, симптоматическая терапия). Оперативное лечение по показаниям.</p>	<p>Раннее осложнений (кровотечение, перфорация, стенозирование, свищи).</p> <p>выявление</p>
<p>Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко.</p>	<p>По рекомендации врача-онколога. Пожизненно. Прием (осмотр, консультация) врача-онколога 1 раз в год, прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога по медицинским показаниям.</p>	<p>ОАК 2р/год, кал на скрыт кровь, р-скопия, ФКС + биопсия ежегодно, ФГС, УЗИ ГБЗ.</p>	<p>Режим, диета. Цитопротекторы, антисекреторная и противовоспалительная терапия + цитопротекторы по показаниям, оперативное лечение.</p>	<p>Цель - отсутствие развития рака. Отказ от алкоголя и курения.</p>
<p>Рубцовая стриктура пищевода, не требующая оперативного лечения</p>	<p>По рекомендации и врача-онколога 1р\3года пожизненно.</p>	<p>ФГС+ биопсия, кал на скрыт кровь, копрограмма, р-графия пищевода.</p>	<p>Консервативная терапия, спазмолитики, прокинетики по показаниям, а/сероторные препараты, антациды.</p>	<p>Оперативное лечение по показаниям.</p>