

Диспансерное наблюдение детей с заболеваниями органов пищеварения.

Мирутко Д.Д., Назаренко О.Н., Ключарева А.А., Загорский С.Э., Голобородько Н.А., Якимович Н.И.

Введение

Непременным условием успешного лечения больных с заболеваниями органов пищеварения является диспансерное наблюдение и реабилитация детей. Они должны быть организованы с учетом преемственности в работе врачей специализированного гастроэнтерологического стационара, врачей гастроэнтерологов консультативных центров, участковых педиатров, врачей школ, детских дошкольных учреждений, подростковых кабинетов.

Современные научные знания в этиологии патогенезе и лечении заболеваний органов пищеварения, мультицентровые исследования, создание международных консенсусов (Римские критерии I 1996г., II 2000г., III 2005г.) значительно изменили подход к назначению диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий гастроэнтерологическим больным за последние десятилетия. Одним из важнейших направлений в организации реабилитации больных с патологией пищеварения является создание наиболее оптимальных, комфортных для больного режимов наблюдения, без часто излишних сложных диагностических исследований. Этому способствуют и последние статистические данные, по которым имеется устойчивая тенденция к снижению гастроэнтерологической заболеваемости у детей в Республике Беларусь.

Предлагаемые рекомендации по наблюдению и организации восстановительного лечения больных с патологией органов пищеварения основаны на многолетнем опыте диспансеризации детей с данной патологией. В качестве основного критерия частоты наблюдений традиционно использован временной фактор, т.е. через какой промежуток времени необходимы те или иные обследования, лечебные мероприятия.

Объем реабилитационных мероприятий предусматривает применение лечебного питания, медикаментозных средств, минеральных вод и фитотерапии, физиотерапевтических процедур и т.д. Указаны кратность наблюдения различными специалистами детей с патологией органов пищеварения, время, продолжительность противорецидивного лечения и критерии эффективности.

Так же в данном пособии приведены показания к эндоскопическим обследованиям детей. Эндоскопия относится к малым хирургическим вмешательствам, безразлична для пациента и имеет строгие показания, которые необходимо учитывать у каждого конкретного больного. Она не должна быть рутинным. Как установлено в последние годы у детей, немного тяжелой патологии, требующей при первичном обследовании и при диспансеризации, частого эндоскопического обследования.

Примерная схема диспансерного наблюдения за ребёнком с патологией органов пищеварения у врача-педиатра и врачей-специалистов.

Часть 1. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Нозологическая форма (с указанием шифра по МКБ 10)	Частота наблюдения педиатром	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) с эзофагитом K21.0 . Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (рефлюкс-эзофагит)	При наличии повреждений слизистой пищевода - 1 раз в 3 месяца, затем - 1 раз в 6 месяцев	Консультация детского гастроэнтеролога 1 раз в 6 месяцев. Консультация ЛОР-врача и стоматолога, пульмонолога и аллерголога по показаниям	ФЭГДС: при наличии осложнений (язва, эрозии, стеноз - через 3 месяца после выявления, с проведением биопсии, далее - 1 раз в год. При наличии поли-	Рекомендации по коррекции образа жизни. Диета: стол 5 с ограничением животных жиров, кофе, шоколада, газированных напитков. При наличии осложнений или повреждений слизистой - базисное лечение ингибиторами протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол)	Отсутствие осложнений и повреждений слизистой, отсутствие рецидивов. При отсутствии рецидивов в течение 3 лет и нормальной сли-

		(при внепищеводных проявлениях ГЭРБ). Консультация хирурга при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).	пов слизистой, пищеводе Барретта – 1 раз в 6 месяцев. При катаральном эзофагите – 1 раз в 2 года. УЗИ органов брюшной полости, анализ крови, мочи, копрограмма – 1 раз в год. По показаниям R-исследование для исключения ГПОД Мониторирование рН в пищеводе при установлении диагноза, далее – по показаниям.	или H2 гистаминоблокаторов (фамотидин) длительно непрерывно (2 – 12 месяцев) с переходом на их приём «по требованию». Периодический приём прокинетиков. При наличии изжоги – антациды, антациды с альгинатами. При катаральном эзофагите – приём антацидов по требованию при изжоге. Витамины (А, Е, гр. В), полиненасыщенные жирные кислоты (омега3 и омега 6, которые содержатся в растительных маслах, а также в рыбе жирных и полужирных сортов и моллюсках), фитотерапия, курсы минеральных вод, направленные на снижение кислотообразования (бикарбонатнатриевые за 15-20 мин. до еды, без газа, теплые)– 2 раза в год по 30 дней. Санаторно-курортное лечение в период ремиссии.	зистой пищевода – снятие с учёта.
ГЭРБ без эзофагита К21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита	1 раз в 6 месяцев	Консультация гастроэнтеролога 1 раз в 6 мес. Консультация ЛОР-врача и стоматолога, пульмонолога и аллерголога по показаниям (при внепищеводных проявлениях ГЭРБ). Консультация хирурга	ФЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, анализ крови, мочи, копрограмма – 1 раз в год. Мониторирование рН в пищеводе 1 раз в год либо по показаниям. По показаниям R-исследование для исключения ГПОД.	Рекомендации по коррекции образа жизни. Диета: стол 5 с ограничением животных жиров, кофе, шоколада, газированных напитков. В период обострения – назначение ингибиторов протонной помпы или H2-гистаминоблокаторов (у детей до 10 лет) и (или) прокинетиков. Приём антацидов при изжоге по требованию. Витамины (А, Е, гр. В), полиненасыщенные жирные кислоты (омега3 и омега 6), курсы минеральных вод,	Отсутствие рецидивов. При отсутствии рецидивов в течение 2 лет и нормальной слизистой пищевода – снятие с учёта.

		при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).		направленные на снижение кислотообразования (бикарбонатнатриевые за 15-20 мин. до еды, без газа, теплые)– 2 раза в год по 30 дней. Санаторно-курортное лечение в период ремиссии.	
Полипы пищевода (рубрика в МКБ-10 не найдена)	1 раз в 6 месяцев.	Консультация гастроэнтеролога, ЛОР-врача и стоматолога. При обнаружении полипа и при увеличении его размеров – консультация хирурга, детского онколога	ФЭГДС с биопсией из полипа, анализ крови, мочи, копрограмма – 1 раз в год.	Рекомендации по коррекции образа жизни. Диета: стол 5 с ограничением животных жиров, кофе, шоколада, газированных напитков. Лечение сопутствующего эзофагита или гастродуоденита. В период обострения – назначение ингибиторов протонной помпы или H2-гистаминоблокаторов в соответствии с возрастными ограничениями и (или) прокинетики. Приём антацидов при изжоге. Витамины (А, Е, гр. В), источники полиненасыщенных жирных кислот, фитотерапия, курсы минеральных вод – 2 раза в год. Санаторно-курортное лечение в период ремиссии.	Уменьшение размеров или исчезновение полипа. Хирургическое удаление полипа. Снятие с учёта при отсутствии полипа через 1 год (перед снятием с учёта – ФЭГДС).
Функциональная диспепсия К30. Диспепсия К31. Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки <i>Включены:</i> функциональные расстройства желудка	Наблюдается педиатром 2 раза в год	Консультация гастроэнтеролога при установлении диагноза или усилении симптоматики. Консультация, ЛОР-врача и стоматолога по показаниям. Консульта-	Дыхательный тест на НР, либо серологический экспресс-тест на НР; ФЭГДС с биопсией при установлении диагноза, в последующем – только при появлении частых рецидивов или из-	Рекомендации по коррекции образа жизни. Диета: стол 5 с ограничением жареных, острых, солёных блюд, соусов, копчёностей, маринадов. Симптоматическое применение антацидов или антисекреторных средств. Прокинетики. Медикаментозная и физиотерапевтическая коррекция синдрома вегетодисто-	Снятие с учёта при отсутствии жалоб в течение 1 года без проведения ФЭГДС.

		ция психотерапевта при установлении диагноза.	менении клинической симптоматики. УЗИ органов брюшной полости, анализ крови, мочи, копрограмма – 1 раз в год. РЭГ, КИГ, ЭКГ для определения типа вегетативной дисфункции – по показаниям.	нии (СВД). Растительные седативные. Витамины (А, Е, гр. В), источники полиненасыщенных жирных кислот, фитотерапия (иберогаст), курсы минеральных вод – 2 раза в год.	
Хронический гастродуоденит К29 Гастрит и дуоденит К29.3. Хронический поверхностный гастрит К29.4. Хронический атрофический гастрит К29.5. Хронический гастрит неуточнённый К29.8. Дуоденит К 29.9. Гастродуоденит неуточнённый	1 раз в 6 месяцев	Консультация гастроэнтеролога, ЛОР-врача и стоматолога по показаниям.	ФГДС с биопсией при установлении диагноза; при наличии НР и проведении эрадикации дыхательный тест, либо через 12 месяцев серологический тест на НР; при появлении частых рецидивов, усилении клинической симптоматики – ФГДС; при снятии с учёта, при отсутствии обострения – ФГДС 1 раз в 2 года; УЗИ органов брюшной полости, анализ крови, мочи, копрограмма – 1 раз в	Рекомендации по коррекции образа жизни. Диета: стол 5 с ограничением жареных, острых, солёных блюд, соусов, копчёностей, маринадов. При обнаружении НР и отягощённом семейном анамнезе – применение схем эрадикации (7- дневная тройная терапия или квадротерапия). При отсутствии НР и признаках обострения – антисекреторные препараты, прокинетики. Коррекция СВД. Растительные седативные по показаниям. Витамины (А, Е, гр. В), источники полиненасыщенных жирных кислот, фитотерапия (иберогаст), курсы минеральных вод – 2 раза в год. Санаторно-курортное лечение.	Отсутствие рецидивов заболевания. Снятие с учёта при наличии стойкой ремиссии в течение 2 лет и отсутствии морфологических и эндоскопических признаков гастрита или лёгкой степени его выраженности и активности.

			год. КИГ - по показаниям.		
<p>К26. Язва двенадцатиперстной кишки <i>Включены:</i> эрозия (острая) двенадцатиперстной кишки</p> <p>К25. Язва желудка <i>включены:</i> эрозия (острая) желудка</p>	<p>При наличии повреждения слизистой - 1 раз в 3 месяца, затем – 1 раз в 6 месяцев, при отсутствии обострений – 1 раз в год.</p>	<p>Консультация гастроэнтеролога через 4-6 недель после выявления язвы; далее в первый год после обострения – 2 раза в год, затем – 1 раз в год, ЛОР-врача, стоматолога, психотерапевта – по показаниям.</p>	<p>ФЭГДС с биопсией при установлении диагноза и через 4-6 недель (контроль заживления язвы и успешности эрадикационной терапии); в последующем – 1 раз в год и при снятии с учёта. УЗИ органов брюшной полости, анализ крови, мочи, копрограмма – 1 раз в год, КИГ – по показаниям.</p>	<p>Рекомендации по коррекции образа жизни. Диета: стол 5 с ограничением жареных, острых, солёных блюд, соусов, копчёностей, маринадов. При обнаружении НР – применение схем эрадикации (7- дневная тройная терапия или квадротерапия). При отсутствии НР и признаках обострения – антисекреторные препараты и репаранты, прокинетики Симптоматическое применение антацидов. Коррекция СВД. Растительные седативные. Витамины (А, Е, гр. В), источники полиненасыщенных жирных кислот, фитотерапия (иберогаст), курсы минеральных вод – 2 раза в год. Санаторно-курортное лечение.</p>	<p>Отсутствие рецидивов заболевания. Снятие с учёта при наличии стойкой ремиссии в течение 3 лет и отсутствии морфологических и эндоскопических признаков обострения заболевания.</p>

Часть 2. Заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы.

Нозологическая форма (с указанием шифра по МКБ 10)	Частота наблюдения	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации
<p>Дискинезия желчного пузыря К 82.8. Другие</p>	<p>2 раза в год – наблюдается педиатром</p>	<p>Гастроэнтеролог – 1 раз в год, ЛОР, стоматолог</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости с определением УЗИ желчного пузыря с</p>	<p>Рекомендации по особенностям образа жизни. Диета стол №5.</p>	<p>Отсутствие болевого синдрома. Нормализация</p>

уточнённые болезни желчного пузыря (в т.ч. дискинезия пузырного протока или желчного пузыря)		– по показаниям. При наличии психо-вегетативных расстройств – консультация психотерапевта	определением функции, анализ крови, мочи, копрограмма – 1 раз в год. Серологическое или копрологическое исследование на лямблиоз При гипокинезии желчного пузыря и наличии синдрома сгущения желчи – УЗИ 2 раза в год. КИГ – по показаниям.	При гиперкинезии желчного пузыря – лечение основного заболевания, при схваткообразной боли в животе – спазмолитики миотропного действия короткими курсами. При гипокинезии желчного пузыря – 2х – 3х недельные курсы желчегонных препаратов, 2 – 3 курса в год. При синдроме сгущения желчи – курсы препаратов урсодеоксихолевой кислоты. Витаминотерапия. Фитотерапия. ФТЛ. Коррекция вегетативных нарушений.	функции желчного пузыря по данным УЗИ. Снятие с учёта при отсутствии жалоб и изменений на УЗИ в течение года.
К 83.4. Спазм сфинктера Одди	2 раза в год	Гастроэнтеролог – 1 раз в год. При наличии психо-вегетативных расстройств – консультация и психотерапевта. При повторяющемся и выраженном болевом синдроме – консультация хирурга.	УЗИ органов брюшной полости с определением сократительной функции желчного пузыря, анализ крови, мочи, копрограмма – 1 раз в год. КИГ – по показаниям.	Рекомендации по особенностям образа жизни. Диета стол №5. При гиперкинезии желчного пузыря – лечение основного заболевания, при схваткообразной боли в животе – спазмолитики миотропного действия, преимущественно селективные (мебеверин, гимекромон) короткими курсами. Витаминотерапия. Фитотерапия. ФТЛ. Коррекция вегетативных нарушений	Отсутствие болевого синдрома и изменений на УЗИ. Снятие с учёта при отсутствии жалоб и изменений на УЗИ в течение года.
К 81.1. Хронический холецистит	2 раза в год	Гастроэнтеролог, – 1 раз в год. При наличии психо-вегетативных расстройств – консультация	УЗИ органов брюшной полости с определением сократительной функции желчного пузыря, анализ крови, мочи, копрограмма – 2 раза в год. Серологическое	Рекомендации по особенностям образа жизни. Диета стол №5. При схваткообразной боли в животе – спазмолитики миотропного действия, преимущественно селективные (мебеверин, гимекромон) короткими курса-	Отсутствие болевого синдрома и изменений на УЗИ. Снятие с учёта при отсутствии жалоб и измене-

		психотерапевта. При повторяющемся и выраженном болевом синдроме – консультация хирурга.	или копрологическое исследование на лямблиоз. При необходимости обследование в условиях хирургического стационара (КТ холедоходуоденопанкреатической зоны).	ми. Детям старше 14 лет – одестон. При обострениях курс антибиотиков широкого спектра действия 7-10 дней. 2 раза в год – короткие курсы спазмолитиков с последующим назначением 2х – 3х недельных курсов желчегонных препаратов. Витаминотерапия. Фитотерапия. ФТЛ. Коррекция вегетативных нарушений. Санаторно-курортное лечение.	ний на УЗИ в течение 2 лет.
К80 Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) К80.0 – К80.8. Различные варианты холелитиаза желчного пузыря и протоков с или без холецистита или холангита	2 раза в год.	Гастроэнтеролог, ЛОР, стоматолог – 1 раз в год. При наличии психовегетативных расстройств – консультация невропатолога и психотерапевта. При установлении диагноза и далее при повторяющемся и выраженном болевом синдроме – консультация хирурга.	УЗИ органов брюшной полости, анализ крови, мочи, копрограмма – 2 раза в год. Серологическое или копрологическое исследование на лямблиоз. При необходимости обследование в условиях хирургического стационара (РХПГ, КТ холедоходуоденопанкреатической зоны).	Рекомендации по особенностям образа жизни. При необходимости хирургического лечения желчнокаменной болезни. Диета стол №5. При схваткообразной боли в животе – спазмолитики миотропного действия (дротаверин, папаверин, мебеверин) короткими курсами. Витаминотерапия. Фитотерапия. Коррекция вегетативных нарушений. При наличии мелких (до 9 мм) одиночных камней возможно длительное (6 месяцев) применение препаратов урсоедоксихолиевой кислоты под УЗИ-контролем эффективности лечения 1 раз в 3 месяца. По показаниям - хирургическое лечение.	Отсутствие признаков желчной колики. С учёта не снимаются.
Хронический панкреатит К86.1. Другие хронические панкреатиты	2 раза в год, по показаниям – чаще.	Гастроэнтеролог – 2 раза в год, При установлении диагноза и далее при по-	УЗИ органов брюшной полости, анализ крови, мочи, копрограмма – 2 раза в год. При болевом синдроме – контроль за	Рекомендации по особенностям образа жизни. Диета – «панкреатический стол». Ограничение животных жиров. Лечение сопутствующих заболеваний	Отсутствие обострений. Снятие с учёта при отсутствии рецидивов в течение 5

		вторяющемся и выраженном болевом синдроме – консультация хирурга. По показаниям - консультация невропатолога и психотерапевта.	уровнем альфа-амилазы крови и диастазы мочи. При необходимости обследование в условиях хирургического стационара (РХПГ, КТ холедоходуоденопанкреатической зоны).	желудка, ДПК и желчного пузыря. Антисекреторные препараты, селективные холинолитики – по показаниям. Длительные курсы ферментных препаратов при экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Витаминотерапия. Фитотерапия. Коррекция вегетативных нарушений.	лет.
--	--	--	--	---	------

Часть 3. Заболевания кишечника.

Нозологическая форма (с указанием шифра по МКБ 10)	Частота наблюдения	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации
СРК K58. Синдром раздражённого кишечника K58.0. СРК с диареей K58.1. СРК с запором K58.9. СРК без диареи	2 раза в год	Гастроэнтеролог, ЛОР, стоматолог психотерапевт 1 раз в год.	Общий анализ крови, мочи, копрограмма – 2 раза в год. УЗИ органов брюшной полости, КИГ, исследование на лямблии, дисбактериоз, лактазная кривая, ирригоскопия или колоноскопия с биопсией, при необходимости ФГДС – при установлении диагноза, далее – по показаниям.	Рекомендации по изменению образа жизни. Ограничение стрессов. Решение внутрисемейных и личных проблем (консультация психолога, психотерапевта, психотерапевтические методы лечения). Седативные средства в соответствии с рекомендациями психотерапевта или невропатолога. Диета в соответствии с формой СРК – при СРК с диареей – стол №4, с запором – стол №3, без диареи – индивидуальный стол с исключением продуктов,	Уменьшение или исчезновение жалоб. Снятие с учёта при отсутствии жалоб в течение 1 года.

			Посевы на патогенную кишечную флору.	<p>вызывающих боль и дискомфорт в животе.</p> <p>Спазмолитики миотропного действия (мебеверин, дротаверин, папаверин) при учащении жалоб при всех вариантах СРК.</p> <p>При СРК с диареей – назначение смекты, лоперамида, ферментов на 2 – 3 недели.</p> <p>При СРК с запором – лактулоза в стартовой дозе 1 мл/кг с последующей её коррекцией в соответствии с клиническим эффектом длительно (2 – 3 месяца).</p> <p>При необходимости – коррекция дисбактериоза.</p>	
<p>Функциональный запор</p> <p>K59.0. Запор</p>	2 раза в год	<p>Гастроэнтеролог, психотерапевт, невропатолог 1 раз в год.</p> <p>Консультация хирурга при установлении диагноза.</p> <p>Консультация аллерголога по показаниям.</p>	<p>Общий анализ крови, мочи, копрограмма – 2 раза в год.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости, КИГ, исследование на дисбактериоз и ирригоскопия – при установлении диагноза, далее – по показаниям.</p> <p>Специфическое аллергологическое обследование при наличии пищевой аллергии в анамнезе.</p>	<p>Рекомендации по изменению образа жизни. Ограничение стрессов.</p> <p>Решение внутрисемейных и личных проблем (консультация психолога, психотерапевта, психотерапевтические методы лечения). Седативные средства в соответствии с рекомендациями психотерапевта или невропатолога.</p> <p>Диета – стол №3, обогащение рациона пищевыми волокнами, достаточное потребление жидкостей.</p> <p>«Туалетная тренировка» - обязательное утреннее посещение туалета.</p> <p>При наличии функционального каломазания или в запущенных случаях – вечерние очистительные клизмы ежедневно или через день 1 – 2 недели.</p>	<p>Регулярный стул.</p> <p>Прекращение эпизодов запора.</p> <p>Снятие с учёта через 1 год после исчезновения жалоб.</p>

				<p>Лактулоза (дюфалак) в стартовой дозе 1 мл/кг с последующей её коррекцией в соответствии с клиническим эффектом длительно (до получения регулярного стула).</p> <p>При необходимости – коррекция дисбактериоза.</p>	
<p>Неспецифический язвенный колит K51. Язвенный колит K51.0. Язвенный (хронический энтероколит) K51.1. илеоколит K51.2. проктит K51.3. ректосигмоидит K51.9. неуточнённый</p>	<p>2 раза в год, по показаниям - чаще</p>	<p>Консультация гастроэнтеролога не реже 4 раз в год. Невропатолог, психотерапевт, ЛОР, стоматолог – 1 раз в год.</p>	<p>Оценка физ. развития, контроль за температурой тела, общий анализ крови, мочи, копрограмма – ежемесячно до наступления стойкой ремиссии, далее – 1 раз в квартал. При установлении диагноза и далее при плановой госпитализации (не реже 1 раза в год) - биохимический анализ крови, иммунограмма, исследование кала на дисбактериоз, паразиты. Ирригоскопия, сигмоскопия или колоноскопия – по показаниям.</p>	<p>Диета: стол №4, исключение молока и грубой клетчатки из рациона. При необходимости – индивидуальный стол.</p> <p>Продолжение базисного лечения, назначенного в стационаре: Легкая и ср. степень тяжести: Сульфасалазин 20-40 мг/кг/сут внутрь при неэффективности - + преднизолон 1 мг/кг/сут ректально 2-4 нед, с последующим снижением дозы на 1/3 в теч. 1-2 нед. Месалазин 20 мг\кг сутки внутрь и /или ректально – 4 нед, при неэф. - + преднизолон 1 мг/кг/сут ректально 2 - 4 нед. Средняя и тяжелая степень: Месалазин 30-40 мг/кг/сут+преднизолон 1мг/кг/сут ректально – 4 нед; при неэффективности + преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут внутрь; при неэффективности – месалазин 40-60 мг/кг/сут внутрь или ректально+ преднизолон 1 – 1,5 мг/кг/сут внутрь и/или ректально , 4 нед, + циклоспорин 10 мг/кг/сут 10 – 14 дней. Ферменты. Витамины.</p>	<p>Уменьшение степени выраженности симптомов и уменьшение степени воспаления слизистой кишечника, отсутствие прогрессирования и формирования осложнений. С учёта не снимается.</p>

				Биопрепараты. Коррекция анемии. При отсутствии эффекта – хирургическое лечение.	
<p>K50 Болезнь Крона (регионарный энтерит)</p> <p>K50. 0. Болезнь Крона тонкой кишки</p> <p>K50. 1. Болезнь Крона толстой кишки</p> <p>K 50.8. Болезнь Крона тонкой и толстой кишки</p> <p>K50.9. Болезнь Крона неуточнённая</p>	2 раза в год, по показаниям – чаще.	Консультация гастроэнтеролога не реже 4 раз в год. Невропатолог, психотерапевт, ЛОР, стоматолог – 1 раз в год.	Оценка физ. развития, контроль за температурой тела, общий ан. крови, мочи, копрограмма – ежемесячно до наступления стойкой ремиссии, далее – 1 раз в квартал. При установлении диагноза и далее при плановой госпитализации (не реже 1 раза в год) - биохимический анализ крови, иммунограмма, исследование кала на дисбактериоз, паразиты. Ирригоскопия, колоноскопия, ФГДС по показаниям. Консультация хирурга при установлении диагноза и далее по показаниям.	<p>Диета с исключением молока и грубой клетчатки. При необходимости – энтеральное питание.</p> <p>Базовое лечение:</p> <p>Легкая и ср. ст. тяжести:</p> <p>Сульфасалазин 20-40мг/кг/сут внутрь или месалазин 10-20 мг/кг/сут внутрь и (или) ректально – 4 нед, при неэффективности - + преднизолон 1 мг/кг/сут ректально 2 – 4 нед, с последующим снижением дозы на 1/3 в 1-2 нед .</p> <p>Средняя и тяжелая степень:</p> <p>Месалазин 30-40 мг/кг/сут+преднизолон 1мг/кг/сут ректально – 4 нед; при неэффективности + преднизолон 0,5-1 мг/кг/сут внутрь; при неэффективности – месалазин 40-60 мг/кг/сут внутрь или ректально+ преднизолон 1 – 1,5 мг/кг/сут внутрь и /или ректально , 4 нед, + циклоспорин 10 мг/кг/сут 10 – 14 дней.</p> <p>Дезинтоксикация, коррекция водно-электролитных нарушений.</p> <p>Ферменты. Витамины. Биопрепараты. Коррекция анемии. При отсутствии эффекта – хир. лечение.</p> <p>Осуществляется контроль за снижением назначенной дозы сульфасалазина или месалазина,</p>	Уменьшение признаков активности процесса и степени выраженности симптомов и воспаления слизистой оболочки, отсутствие прогрессирования и формирования осложнений. С учёта не снимается.

Витамины.
Ферменты.

Часть 4. Заболевания печени.

Нозологическая форма (с указанием шифра по МКБ 10)	Частота наблюдения	Осмотры врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Критерии эффективности диспансеризации
<p>Острый неинфекционный гепатит</p> <p>K71.2 Токсическое поражение печени, протекающее по типу острого гепатита</p> <p>K71.0 Токсическое поражение печени с холестазом / Холестаза с поражением гепатоцитов, «Чистый» холестаза</p>	<p>Через 1, 3 и 6 месяцев после выздоровления или выписки из стационара.</p>	<p>Консультация гастроэнтеролога и/или инфекциониста при констатации затяжного или хронического гепатита (сохранение биохимических и/или УЗ признаков поражения печени через 3 или 6 месяцев от манифестации острого гепатита соответственно).</p>	<p>Общий анализ крови (включая тромбоциты), МНО – через 1 месяц после выздоровления.</p> <p>Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, тимоловая проба – через 1, 3 и 6 месяцев после выздоровления; ГГТП, ЩФ, глюкоза, α-амилаза, общий белок и белковые фракции, холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, коагулограмма – по показаниям.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости – через 6 месяцев после выздоровления, или раньше при сохранении увеличения печени физикально или при повышении печеночных функциональных тестов.</p>	<p><i>Диета</i> в рамках стола №5 – 1 месяц после выздоровления и на время сохранения проявлений холестаза; далее – строгой диеты не требуется (полноценное сбалансированное питание с ограничением употребления алкоголя и токсических субстанций).</p> <p><i>Курсы гепатопротекторов:</i></p> <p>При сохранении проявлений холестаза или цитолиза – препараты УДХК 10-15 мг/кг/сут (при выраженном холестазае у детей первых месяцев жизни – до 30 мг/кг/сут) внутрь однократно на ночь – 1 месяц.</p> <p>После перенесенного токсического гепатита при отсутствии явлений холестаза – эссенциальные фосфолипиды по 1-2 капсуле 3 раза в день внутрь – 1 месяц.</p> <p>По показаниям: адеметионин 15-25 мг/кг/сут внутрь – 1 месяц.</p>	<p>Своевременное определение клинического исхода острого гепатита: выздоровление, развитие затяжного или хронического гепатита.</p> <p>Снятие с учёта по выздоровлению происходит через 6 месяцев наблюдения при нормальных показателях печеночных функциональных тестов и отсутствии патологии на УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>При констатации хронического гепатита – перевод в</p>

			HBsAg, анти-HCV – по показаниям.		соответствующую диспансерную группу.
<p>Хронический неинфекционный гепатит</p> <p>K73 Хронический гепатит, не классифицированный в других рубриках</p> <p>K71.3-5 Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического персистирующего/ лобулярного/ активного гепатита</p>	2 раза в год, по показаниям – чаще.	Консультация гастроэнтеролога и/или инфекциониста 2 раза в год. Консультация генетика, хирурга при необходимости уточнения этиологии поражения печени.	<p>Общий анализ крови (включая тромбоциты), МНО – 2 раза в год.</p> <p>Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, тимоловая проба – 2 раза в год; ГГТП, ЩФ, глюкоза, α-амилаза, общий белок и белковые фракции, показатели липидного обмена (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП), коагулограмма, показатели обмена железа (железо, ОЖСС, трансферрин) – по показаниям.</p> <p>HBsAg, анти-HCV – при первичном обследовании и далее по показаниям.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и УЗ доплерография сосудов системы воротной вены – 2 раза в год.</p> <p>Пункционная биопсия печени – по показаниям.</p>	<p><i>Диета:</i> полноценное сбалансированное питание с ограничением употребления алкоголя и токсических субстанций; при обострении гепатита – диета в рамках стола №5.</p> <p><i>Курсы гепатопротекторов</i> длительностью 1-1,5 месяца x 1-2 раза в год (по показаниям – более длительные и/или частые):</p> <p>При синдромах цитолиза и/или холестаза – препараты УДХК 10-15 мг/кг/сутки (при выраженном холестазае у детей первых месяцев жизни – до 30 мг/кг/сут) внутрь однократно на ночь.</p> <p>При стеатогепатите (включая токсическое поражение печени) без холестаза – эссенциальные фосфолипиды 5-10 мл/сут в/венно 7 дней, затем по 1-2 капсуле 3 раза в день внутрь.</p> <p>При гепатите с высокой активностью (биохимически, гистологически) и/или при токсическом поражении печени – адеметионин 10-20 мг/кг/сут в/венно 14 дней, затем в той же дозе внутрь.</p> <p>Препараты флавоноидов <i>Sylibium marianum</i> (расторопши) в рекомендуемых производителем дозировках.</p>	<p>Своевременное определение клинического исхода и течения гепатита: выздоровление, отсутствие прогрессирования, прогрессирование, формирование цирроза печени.</p> <p>Адекватная и своевременная коррекция биохимических синдромов поражения печени (цитоллиз, холестаза).</p> <p>Снятие с учёта по выздоровлению возможно при нормальных показателях печеночных функциональных тестов, отсутствии патологии на УЗИ органов брюшной полости и в гистологической картине биоптата печени.</p> <p>При констатации цирроза печени –</p>

					перевод в соответствующую диспансерную группу.
<p>Неалкогольный стеатогепатит</p> <p>К76.0 Жировая дегенерация печени не классифицированная в других рубриках</p> <p><i>См. также рубрику «Хронический неинфекционный гепатит» выше.</i></p>	<p><i>Аналогично К73</i></p>	<p>Аналогично К73, плюс: Консультация эндокринолога – при первичном обследовании и далее по показаниям.</p>	<p><i>Аналогично К73, плюс:</i> Глюкоза, показатели липидного обмена (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП) – при каждом визите. Глюкозотолерантный тест – при первичном обследовании и далее по показаниям. Профиль АД – при первичном обследовании и далее по показаниям.</p>	<p><i>Аналогично К73, плюс:</i> Диета в рамках стола №5. Нормализация веса. Из гепатопротекторов показаны в первую очередь эссенциальные фосфолипиды и урсодезоксихолевая кислота. Возможно использование гиполипидемических препаратов.</p>	<p><i>Аналогично К73, плюс:</i> Нормализация показателей липидного обмена. Отсутствие развития нарушения толерантности к глюкозе/ сахарного диабета, и повышения артериального давления.</p>
<p>Аутоиммунный гепатит</p> <p>К73.2 Хронический активный гепатит, неклассифицированный в других рубриках / Люпоидный гепатит НКДР</p> <p><i>См. также рубрику «Хронический неинфекционный гепатит» выше.</i></p>	<p><i>Аналогично К73, во время старта и отработки терапии – еженедельно.</i></p>	<p><i>Аналогично К73, плюс:</i> Консультация ревматолога – по показаниям.</p>	<p><i>Аналогично К73, плюс:</i> Органонеспецифические антитела в крови (ANA – антиядерные, SMA – антигладкомышечные, anti-LKM1 – почечно-печеночные антимикросомальные 1 типа, по показаниям – другие) – при первичном обследовании. СОЭ, общий белок и γ-глобулины (по показаниям – IgG) – еженедельно во время старта и отработки терапии, затем не реже 2 раз в год. Мониторинг при лечении</p>	<p><i>Аналогично К73, плюс:</i> Комбинированное лечение преднизолоном и азатиоприном: Преднизолон внутрь 1 мг/кг/сут (до 30 мг) в течение 1 недели с последующим постепенным снижением дозы: 2-я неделя до 20 мг, 3-я и 4-я недели до 15 мг, затем поддерживающая доза 0,1-0,2 мг/кг/сут (до 10 мг) длительно + Азатиоприн внутрь в постоянной дозе 1-2 мг/кг/сут (до 50 мг) со 2-й недели длительно. Или Монотерапия преднизолоном: Преднизолон внутрь 2 мг/кг/сут (до 60 мг) в течение 1 недели с последующим постепенным снижением дозы: 2-я неделя до 40 мг, 3-я и 4-я недели до 30 мг, затем поддерживающая доза 0,1-0,2 мг/кг/сут (до</p>	<p><i>Аналогично К73, плюс:</i> Нормализация лабораторных показателей (СОЭ, общий белок, γ-глобулины, IgG) на фоне терапии. Отсутствие системных аутоиммунных проявлений.</p>

			<p>преднизолоном: глюкоза, К и Са крови ежемесячно, контроль АД не реже 1 раза в неделю, контроль веса ежемесячно.</p>	<p>20 мг) длительно. При недостижении эффекта от терапии: могут быть увеличены дозы преднизолона и азатиоприна, к лечению могут быть добавлены дополнительные препараты (циклоспорин, циклофосфамид). Снижение поддерживающей дозы и отмена терапии как правило могут быть проведены не раньше чем 1-2 года лечения. Контроль приверженности терапии. При лечении преднизолоном – препараты Са и Mg, по показаниям – антациды и/или ингибиторы желудочной секреции.</p>	
<p>E83.0 Болезнь Вильсона</p> <p><i>См. также рубрику «Хронический неинфекционный гепатит» выше.</i></p>	<p><i>Аналогично K73, во время старта и отработки терапии – 1 раз в месяц.</i></p>	<p><i>Аналогично K73, плюс: Консультация генетика, невролога – при первичном обследовании и далее по показаниям.</i></p>	<p><i>Аналогично K73, плюс: Исследование обмена меди (церуллоплазмин, общая и свободная медь крови, суточная экскреция меди с мочой) – 1 раз в месяц во время старта и отработки терапии, далее не реже 2 раз в год.</i></p>	<p><i>Аналогично K73, плюс: Хелаторы меди (при клинико-биохимически симптомном гепатите, при гистологически наличии фиброза печени ≥ 2 ст., в т.ч. при циррозе печени): D-пеницилламин 20 мг/кг/сут (до 0,75-1,5 г/сут) внутрь в 4 приема длительно. Через месяц терапии D-пеницилламином добавить пиридоксин 25-50 мг 3 раза в неделю внутрь длительно. Возможно снижение дозы D-пеницилламина при отсутствии симптомов гепатита и при достижении уровня свободной меди в крови 10-15 мг/дл, но не ранее чем через 1 год лечения. <i>Препараты цинка (при асимптомном гепатите с фиброзом 0-1 ст., при непереносимости хелаторов меди): дети с весом <50 кг – 75 мг/сут по элементарному</i></i></p>	<p><i>Аналогично K73, плюс: Нормализация уровня свободной меди в крови (менее 25 мг/дл, оптимально 10-15 мг/дл) на фоне терапии. Изменение суточной экскреции меди с мочой: при лечении D-пеницилламином - ↑ до 0,2-0,5 мг/сут (активное выведение избытков меди); при лечении цинком - ↓ до</i></p>

				цинку, дети с весом >50 кг и взрослые – 150 мг/сут внутрь в 2-3 приема длительно. Контроль приверженности терапии.	<0,075 мг/сут (уровень поступления меди в организм адекватно контролируется).
Атрезии/ гипоплазии внутрипеченочных желчных протоков Q44 Врожденные аномалии [пороки развития] желчного пузыря, желчных протоков и печени <i>См. также рубрику «Хронический неинфекционный гепатит» выше.</i>	1 раз в месяц, по показаниям – чаще.	<i>Аналогично K73, плюс:</i> Консультация хирурга – при подозрении на наличие диагноза, при установлении диагноза и далее по показаниям.	<i>Аналогично K73, плюс:</i> Пункционная биопсия печени при подозрении на атрезию/ гипоплазию желчных протоков – в первые 2 месяца жизни.	<i>Аналогично K73, плюс:</i> Проведение паллиативных операций (портодуоденостомия по Касаи, портуюностомия по Ру) – не позднее 2 месяцев жизни, и в отдаленном периоде – проведение трансплантации печени (обычно в возрасте 1 год и старше, когда достигается анатомическое соответствие брюшной полости ребенка и размера доступного трансплантата). Из гепатопротекторов показаны в первую очередь препараты УДХК – до 30 мг/кг/сут внутрь однократно на ночь. Дополнительное энтеральное питание: лечебные смеси, содержащие легкоусвояемые длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты (ДЦПНЖК).	<i>Аналогично K73, плюс:</i> Своевременная постановка диагноза и направление на проведение паллиативных операций – «связующего моста» к трансплантации печени в более позднем возрасте.
Цирроз печени K74 Фиброз и цирроз печени K71.7 Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени	Дети старше 3 лет с циррозом печени классов А и В (по Child) – 1 раз в 6 месяцев. Дети первых 3 лет и дети с циррозом печени класса	Консультация гастроэнтеролога и/или инфекциониста при каждом визите. Консультация генетика, хирурга при необходимости	Рост, вес и оценка физического развития – при каждом визите. Общий анализ крови (включая тромбоциты), МНО – при каждом визите. Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, тимоловая проба, альбумин, креатинин – при каждом визите; ГГТП,	<i>Курсы гепатопротекторов – аналогично K73.</i> <i>Ведение осложнений цирроза – см. рубрики «Хроническая печеночная недостаточность» и «Портальная гипертензия» ниже.</i> Развитие <i>гепаторенального [K76.7] или гепатопульмонарного синдромов</i> требует рассмотрения вопроса о трансплантации печени.	Адекватный мониторинг и посиндромная коррекция осложнений цирроза печени (включая проявления печеночной энцефалопатии и асцит); своевременное направление к хирургу для проведе-

<p><i>См. также рубрики «Хроническая печеночная недостаточность» и «Портальная гипертензия» ниже.</i></p>	<p>С (по Child) – 1 раз в 3 месяца или чаще исходя из балла MELD/PELD (<18 баллов – каждые 3 месяца, 18-24 балла – ежемесячно, ≥25 баллов – каждые 14 дней) и из степени компенсации отдельных осложнений цирроза печени (см. ниже).</p>	<p>сти уточнения этиологии поражения печени. Консультация трансплантолога при прогнозируемой низкой 3-месячной выживаемости (балл MELD/PELD <20).</p>	<p>ЩФ, глюкоза, α-амилаза, общий белок и белковые фракции, показатели липидного обмена (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП), коагулограмма, показатели обмена железа (железо, ОЖСС, трансферрин) – по показаниям; электролиты крови (К, Са, Na, Cl) – по показаниям. α-фетопротеин – 1 раз в 6 месяцев. HBsAg, анти-HCV – при первичном обследовании и далее по показаниям. УЗИ органов брюшной полости (включая оценку наличия свободной жидкости и компенсаторных анастомозов) и УЗ доплерография сосудов системы воротной вены – 2 раза в год, по показаниям – чаще. КТ брюшной полости, холангиография, спленопортография – по показаниям. Пункционная биопсия печени – по показаниям.</p>		<p>ния лигирования/склерозирования варикозно-расширенных вен пищевода, выполнения шунтирующих операций и/или спленэктомии; своевременное направление к трансплантологу для трансплантации печени. С учёта не снимаются. После трансплантации печени – перевод в соответствующую диспансерную группу [Z94.4 Наличие трансплантированной печени].</p>
<p>Хроническая печеночная недостаточ-</p>	<p>2 раза в год, по показаниям – чаще.</p>	<p><i>Аналогично К74, плюс: Консультация</i></p>	<p><i>Аналогично К74, плюс: Психометрические тесты (образец почерка и тест</i></p>	<p><i>Хроническая печеночная недостаточность латентная, I и II степеней: Диета в рамках стола №5 с достаточным</i></p>	<p><i>Аналогично К74</i></p>

<p>НОСТЬ (хроническая печеночная энцефалопатия)</p> <p>К72.1 Хроническая печеночная недостаточность</p> <p>К71.1 Токсическое поражение печени с печеночным некрозом / Печеночная недостаточность (хроническая), обусловленная лекарственными средствами</p> <p><i>См. также рубрику «Цирроз печени» выше.</i></p>		<p>ция невролога – по показаниям.</p>	<p>связывания чисел), оценка наличия хлопающего тремора – при каждом осмотре.</p> <p>Аммиак крови – по показаниям.</p> <p>ЭЭГ – по показаниям.</p>	<p>количеством белка – 1-1,5 г/кг/сут преимущественно за счет растительного, смеси для энтерального питания с разветвленными аминокислотами 0,25 г/кг/сут.</p> <p>Лактулоза внутрь в индивидуальной дозе (до появления мягкого стула 2-3 раза в сутки) курсами или постоянно, по показаниям – очистительная клизма.</p> <p>Гепатопротекторы: адеметионин 10-25 мг/кг/сут в/венно 14 дней, затем внутрь до 1 месяца; орнитин-аспартат до 20 г/сут внутрь (за 3-4 приема равномерно в течение суток) курсами 1 месяц.</p> <p>Антимикробные препараты для селективной деконтаминации кишечника: рифаксимин (детям >12 лет) 200 мг 3 раза/сут или метронидазол по 7,5 мг/кг 3 раза/сут внутрь – 7 дней.</p> <p>При быстром нарастании энцефалопатии следует оценить вероятность развития кровотечения из вен пищевода.</p> <p><i>Хроническая печеночная недостаточность III и IV степеней:</i></p> <p>Направление в стационар для выбора тактики ведения.</p>	
<p>К76.6 Портальная гипертензия</p> <p><i>См. также рубрику «Цирроз печени» выше.</i></p>	<p>1 раз в 3 месяца, по показаниям – чаще.</p>	<p><i>Аналогично К74, плюс:</i></p> <p>Консультация хирурга-эндоскописта при наличии варикозно-</p>	<p><i>Аналогично К74, плюс:</i></p> <p>Контроль выпитой и выделенной жидкости – по показаниям.</p> <p>Измерение окружности живота – по показаниям.</p> <p>ЭГДС сразу после уста-</p>	<p><i>Аналогично К74, плюс:</i></p> <p><i>Ведение асцита:</i> ограничение соли в питании, диуретики – спиронолактон 1-6 мг/кг/сут, фуросемид 1-3 мг/кг/сут, при рефрактерном асците – парацентез, при спонтанном бактериальном перитоните: цефотаксим 150 мг/кг/сут в 3 введения</p>	<p><i>Аналогично К74</i></p>

		<p>расширенных вен пищевода (ВРВП). Консультация хирурга при декомпенсации синдрома гиперспленизма.</p>	<p>новления диагноза цирроза печени и далее: при отсутствии ВРВП – каждые 2-3 года; при наличии ВРВП 1 степени – каждые 1-2 года; при наличии ВРВП 2-3 степени или цирроза печени класса С (по Child) или состоянии после кровотечения из ВРВП – не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще.</p>	<p>в/венно. <i>Первичная и вторичная профилактика кровотечения из ВРВП:</i> ВРВП 1 степени: возможно назначение неселективных β-блокаторов (пропранолол 0,5-1 мг/кг/сут внутрь). ВРВП 2-3 степени или цирроза печени класса С (по Child) или состояние после кровотечения из ВРВП: эндоскопическое лигирование/ склерозирование (одномоментное или курсовое); неселективные β-блокаторы (пропранолол 0,5-1 мг/кг/сут внутрь постоянный прием); шунтирующие операции (внутрипеченочный шунт – TIPS или внепеченочные шунтирующие хирургические операции – дистальный спленоренальный шунт), трансплантация печени. <i>Ведение портальной гипертензионной гастропатии:</i> фамотидин 1-2 мг/кг/сут в 2 приема внутрь или омепразол 5/мг/кг/сут в один прием внутрь. <i>Ведение гиперспленизма:</i> наблюдать, при выраженном снижении тромбоцитов рассмотреть вопрос спленэктомии.</p>	
--	--	---	--	--	--

* Печеночные функциональные тесты рутинно включают определение: АЛТ, АСТ, билирубина, тимоловой пробы; если требуется определение других показателей печеночной функции, это оговаривается отдельно.

** УЗИ органов брюшной полости рутинно включает определение как минимум: размеров долей печени, размеров селезенки, эхогенности и однородности структуры печени и селезенки, наличия в них очаговых изменений, диаметров воротной, селезеночной, печеночных вен и печеночной артерии, размеров желчного пузыря, толщины его стенки и характера содержимого, при циррозе печени кроме того оценивается наличие свободной жидкости в брюшной полости, наличие и развитость компенсаторных анастомозов.

*** УЗ доплерография сосудов системы воротной вены рутинно включает определение как минимум: диаметров воротной, селезеночной и верхнебрыжеечной вен, скоростей кровотока в них, направления и фазности кровотока в воротной вене, наличия реакции верхнебрыжеечной вены на фазы дыхания

**** детям с циррозом печени класса C (по Child-Trucotte-Pugh) следует проводить комплексную оценку тяжести цирроза по шкале MELD/PELD и следующий осмотр назначать в зависимости от установленного при текущем диспансерном осмотре балла:

	Переоценка балла MELD/PELD требуется не реже чем каждые:	Лабораторные данные для расчета должны быть получены не позднее чем:
UNOS статус 1A или 1B	7 дней	48 часов назад
балл PELD/MELD ≥ 25	14 дней	48 часов назад
балл PELD/MELD 18-24	1 месяц	7 дней назад
балл PELD/MELD 11-18	3 месяца	14 дней назад
балл PELD/MELD 0-10	12 месяцев	30 дней назад

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ФЭГДС У ДЕТЕЙ.

1. ПЕРВИЧНО:

- 1.1 *Рецидивирующие боли в верхней половине живота неясного генеза, умеренной интенсивности и беспокоящие пациента более 3-х месяцев.
- 1.2 *Рецидивирующие диспептические проявления в виде тошноты, отрыжки, изжоги также беспокоящие более 3-х месяцев.
- 1.3 Четкая связь возникновения абдоминальных болей со временем приема пищи (особенно при голодных и /или ночных болях), возникновение повторных болей в животе после погрешностей в диете (острая, жаренная и т.п. пища).
- 1.4 Признаки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ): анемия, рвота кофейной гущей или большим количеством свежей крови, дегтеобразный стул.
- 1.5 Подозрение на инородное тело ВОПТ.
 - *- *под термином “рецидивирующие” подразумевается частота возникновения жалоб 2-3 раза в неделю.*
 - *- *возможно более раннее проведение ФЭГДС при наличии:*
 - *периодически повторяющейся рвоты,*
 - *ежедневных жалоб,*
 - *наличие в анамнезе четких периодов обострения и ремиссии,*
 - *наследственная отягощенность по язвенной болезни, эрозивному гастриту, раку желудка.*

2. ПОВТОРНО:

- 2.1. Контроль эрозивно-язвенных поражений ВОПТ через 4-6 недель после окончания терапии, далее – через 6 мес. и в последующем – 1 раз в год или при рецидиве клинических проявлений.
- 2.2 Динамическое наблюдение при хроническом гастрите (гастродуодените):
 - *после проведения курса антихеликобактерной терапии через 1-6 мес. после его окончания (при отсутствии дыхательного теста).*
 - *при выраженных, часто рецидивирующих или атипичных клинических проявлениях – по показаниям.*
 - *при обострениях хронического гастрита 2-4 раза в год, а также подтвержденных атрофии и кишечной метаплазии в слизистой оболочке желудка, пищеводе Баррета – 1 раз в год.*
 - *при обострении не чаще 1 раза в год и отсутствии инфицирования НР – 1 раз в 2 года.*
 - *при переводе во взрослую поликлинику (если не делалось в течение последнего года).*
- 2.3. Контроль за состоянием различных анатомических аномалий:
 - *полипы (если не удалены по каким-либо причинам) – не реже 1 раза в 6 месяцев.*
 - *варикозно расширенные вены пищевода, желудка - 1 раз в 6 месяцев.*
 - *дивертикулы - 1 раз в год.*
- 2.4. Контроль после оперативных вмешательств на ВОПТ – по назначению хирурга.