

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**КАЗАХСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ ОНКОЛОГИИ И РАДИОЛОГИИ**

**СКРИНИНГ РАКА ПИЩЕВОДА И РАКА ЖЕЛУДКА  
НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ  
ПОМОЩИ**

**Методические рекомендации**

**Алматы 2014**

## **Скрининг рака пищевода и рака желудка на уровне первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации. – Алматы, 2014**

Авторский коллектив: Нургазиев К.Ш., Жылкайдарова А.Ж., Ахметжанов О.Т., Ижанов Е.Б.

Настоящие методические рекомендации разработаны в целях реализации Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 марта 2012 года № 366 и в соответствии с Приказами и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» с дополнениями и изменениями от 16 марта 2011 года № 145 и от 8 января 2013 года № 8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, желудка, печени и предстательной железы в пилотных регионах».

Методические рекомендации включают алгоритм эндоскопического скрининга рака пищевода и рака желудка в Казахстане, выполняемого в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи: формирование целевых групп, организацию эндоскопического обследования, интерпретацию результатов эндоскопического исследования, алгоритмы дообследования и наблюдения за пациентами с выявленной патологией пищевода и желудка на уровне ПМСП.

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, участковых терапевтов, врачей общей практики, специалистов отделений профилактики и социально-психологической помощи, онкологов, эндоскопистов.

Рецензенты:

Медеубаев Р.К., д.м.н., профессор кафедры Медицинского Университета Астаны

Кузикеев М.О., к.м.н., снс Казахского НИИ онкологии и радиологии

Методические рекомендации утверждены на Ученом Совете Казахского НИИ онкологии и радиологии, протокол № 14 от 6 декабря 2012 года.

Методические рекомендации одобрены Экспертным Советом по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, протокол № 21 от 14 декабря 2012 года.

## Список сокращений

ВА	–	врачебная амбулатория
ГП	–	городская поликлиника
ЗНО	–	злокачественное новообразование
КазНИИОиР	–	Казахский НИИ онкологии и радиологии
КДЦ	–	консультативно-диагностический центр
МДГ	–	мультидисциплинарная группа
МЗ РК	–	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МО	–	медицинские организации
МП	–	медицинский пункт
ОД	–	онкологический диспансер
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь
РП	–	районная поликлиника
рСКДО	–	региональные специализированные консультативно-диагностические отделы (отделения)
СКДО	–	специализированный консультативно-диагностический отдел
ФАП	–	фельдшерско-акушерский пункт
ФЗОЖ	–	формирование здорового образа жизни
ЭГДС	–	эзофагогастродуоденоскопия

## Содержание

		<b>Стр.</b>
1	Эпидемиологические аспекты рака пищевода и рака желудка . . . . .	5
2	Международный опыт скрининговых программ рака желудочно-кишечного тракта . . . . .	6
3	Краткая характеристика программы скрининга рака пищевода и рака желудка в Республике Казахстан . . . . .	7
4	Подготовительный этап скрининга . . . . .	10
5	Этап эндоскопического исследования . . . . .	11
6	Оценка результатов и дальнейшая тактика . . . . .	17
	Заключение . . . . .	29
	<i>Приложение 1. Журнал учета пациентов, подлежащих скринингу рака пищевода и желудка . . . . .</i>	<i>30</i>
	<i>Приложение 2. Информация для пациента . . . . .</i>	<i>32</i>
	<i>Приложение 3. Согласие на проведение эзофагогастродуоденоскопии . . . . .</i>	<i>33</i>
	<i>Приложение 4. Бланк эзофагогастродуоденоскопического исследования . . . . .</i>	<i>35</i>

## 1. Эпидемиологические аспекты рака пищевода и рака желудка

Согласно базе данных Globocan Международного агентства по изучению рака (IARC) в 2008 году заболеваемость раком пищевода в мире составила 326 000, а смертность – 276 000 случаев среди мужчин и соответственно 155 000 и 130 000 случаев среди женщин. В 2008 году по распространенности злокачественных новообразований рак пищевода занял 8-е место – 3,8% всех случаев рака в мире у лиц обоего пола. В структуре глобальной онкосмертности рак пищевода в 2008 году занял 6-е место (406 000 смертей - 5,4% от общего их числа). Более 80% новых случаев и смертей от рака пищевода приходится на развивающиеся страны. Самые высокие показатели смертности отмечаются в Восточной и Южной Африке, а также в Восточной Азии.

Рак пищевода в два-четыре раза чаще встречается среди мужчин, чем среди женщин. В Европе и Северной Америке 90% случаев рака пищевода связывают с курением и употреблением алкоголя. В странах Южной Америки и Центральной Азии важное значение имеют прием слишком горячей пищи и напитков, а также национальные особенности питания.

В последние годы заболеваемость раком желудка в мире снижается, однако он все еще остается четвертой по частоте формой ЗНО. В 2008 году в мире зарегистрировано около миллиона (988 000) новых случаев рака желудка (7,8%, Globocan), в том числе 640 000 случаев среди мужчин и 348 000 – среди женщин. В Китае рак желудка является самой часто встречаемой формой опухоли. Эта тенденция характерна для всех стран Восточной Азии. Высока заболеваемость раком желудка в Японии, Восточной Европе и тропической части Южной Африки.

Смертность от рака желудка занимает 2-е место – 736 000 смертей, 9,7%. Самые высокие показатели смертности отмечены в Восточной Азии (28,1 на 100 000 у мужчин, 13,0 на 100 000 женщин), самые низкие – в Северной Америке (2,8 и 1,5 соответственно). Высокие уровни смертности от рака желудка также имеют место в странах Центральной и Восточной Европы, а также в Центральной и Южной Америке.

Среди факторов риска развития рака желудка отмечают следующие: инфекция *Helicobacter pylori*, факторы питания (нерегулярное питание, преобладание в рационе животных жиров, употребление слишком горячей пищи, острых приправ, никотина и крепких алкогольных

напитков), наследственная предрасположенность, наличие предраковых состояний.

В Республике Казахстан в 2013 году выявлено 1 246 больных раком пищевода и 2 796 – раком желудка, что составляет 57,8% от всех ЗНО желудочно-кишечного тракта. Умерло 997 человек от рака пищевода и 2 129 – от рака желудка. Рак пищевода занимает 7-е место в структуре онкозаболеваемости (3,8 на 100 000 населения) и 5-е место – в структуре смертности (5,9%). Рак желудка делит 4-е место в структуре онкозаболеваемости с колоректальным раком (8,5%) и 2-е место в структуре смертности от ЗНО (12,6%). На конец 2013 года на учете состояло 1 981 больной раком пищевода и 6 075 больных раком желудка. Удельный вес I-II стадий при установлении диагноза составляет 42,5% при раке пищевода и 28,2% - при раке желудка. 5-летняя выживаемость составляет соответственно 32,6% и 45,3%.

## **2. Международный опыт скрининговых программ рака желудочно-кишечного тракта**

Опыт проведения скрининговых программ в европейских странах позволяет ожидать выявления ранних форм колоректального рака и снижения смертности на 25-30%. Опыт скрининга рака пищевода отсутствует.

Доказательств эффективности скрининга рака желудка, основанных на контролируемых рандомизированных исследованиях, нет. Единственная страна, где проводится скрининг рака желудка, – Япония, из-за высокой заболеваемости этой формой рака.

С начала 60-х гг. для скрининга применялся *метод фотофлюорографии с двойным контрастированием барием и воздухом*. В настоящее время скрининг населения на рак желудка осуществляется с помощью того же двойного контрастирования барием при рентгенологическом исследовании и гастроскопии. По данным японских авторов, чувствительность и специфичность метода фотофлюорографии с двойным контрастированием равна 89% и 92% соответственно. Однако подобные результаты не удалось повторить ни одному западному исследователю, у которых доля ложноотрицательных результатов при гастроскопии достигает 20%, а при фотофлюорографии – 40%.

Японские ученые высоко оценивают эффективность национальной программы, в которой принимают участие миллионы граждан.

Например, в 1997 г. обследовались более 11 млн человек старше 50 лет, однако эта колоссальная цифра составила лишь 9% населения в данной возрастной группе. В Японии увеличилась доля ранних форм рака (до 50%), возросла 5-летняя выживаемость с 20% до 40%, в то время как в других развитых странах этот показатель остается ниже 20% в течение последних 2-3 десятилетий. Показатель 5-летней выживаемости у больных с ранним раком желудка, выявленным при скрининге, достиг почти 100%.

Обследование увеличивает раннюю диагностику рака желудка на 30-40%. В европейских странах скрининг не практикуется из-за дороговизны, в США – из-за невысокой заболеваемости. В Великобритании скринингу подвергаются только пациенты с хроническими заболеваниями желудка.

### **3. Краткая характеристика программы скрининга рака пищевода и рака желудка в Республике Казахстан**

Вид скрининга: популяционный скрининг

Методы скрининга: эндоскопическое исследование – эзофагогастродуоденоскопия (видеоЭГДС).

Интервал: 1 раз в 2 года

Целевая группа: мужчины и женщины 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет, за исключением лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу рака пищевода и рака желудка.

При формировании целевой группы следует учитывать отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, которые с высокой вероятностью приведут к смерти в ближайшие 10 лет, например, распространенное ЗНО, инфаркт миокарда с застойной сердечной недостаточностью, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями, цереброваскулярные заболевания в стадии декомпенсации, хроническая обструктивная болезнь легких с дыхательной недостаточностью, цирроз печени и т.д.

Уровни проведения скрининга:

1. Уровень организаций первичной медико-санитарной помощи (МП, ФАП, ВА, РП, ГП):

- формирование целевой группы на предстоящий скрининговый год к 15 ноября текущего года;

- предоставление пофамильного списка целевой группы в Управление здравоохранения города, области для свода, планирования бюджета и распределения потоков для эндоскопического исследования;

районному онкологу и рСКДО – для мониторинга проведения скрининга;

- информирование лиц целевой группы о необходимости прохождения скрининга, времени, месте, особенностях подготовки к эндоскопии;

- мониторинг прохождения скрининга, заполнение медицинской документации. Вызов и направление пациентов с выявленной патологией на дообследование, консультацию специалистов;

- формирование электронной базы данных, контроль за качеством введения данных, передача в региональный информационно-аналитический центр;

- согласование пофамильного списка пациентов с выявленными ЗНО с районным онкологов, рСКДО перед передачей базы данных в региональный информационно-аналитический центр.

2. Уровень отделения эндоскопии регионального КДЦ (либо ГП, определенной в качестве базы скринингового эндоскопического отделения Управлением здравоохранения) и ОД:

- проведение ЭГДС, биопсии выявленной патологии слизистой пищевода, желудка по показаниям.

Гистологическое исследование материала, полученного в результате эндоскопического исследования, проводится в патоморфологической лаборатории ОД или централизованной региональной патоморфологической лаборатории в соответствии с общепринятыми международными стандартами и классификацией ВОЗ;

- проведение микроинвазивных эндохирургических вмешательств по показаниям;

- заполнение медицинской документации;

- в случае использования видеоэндоскопии – архивация записей проведенных эндоскопических исследований;

- организация телефонного или иного мобильного взаимодействия со всеми прикрепленными организациями ПМСП для записи пациентов на ЭГДС;

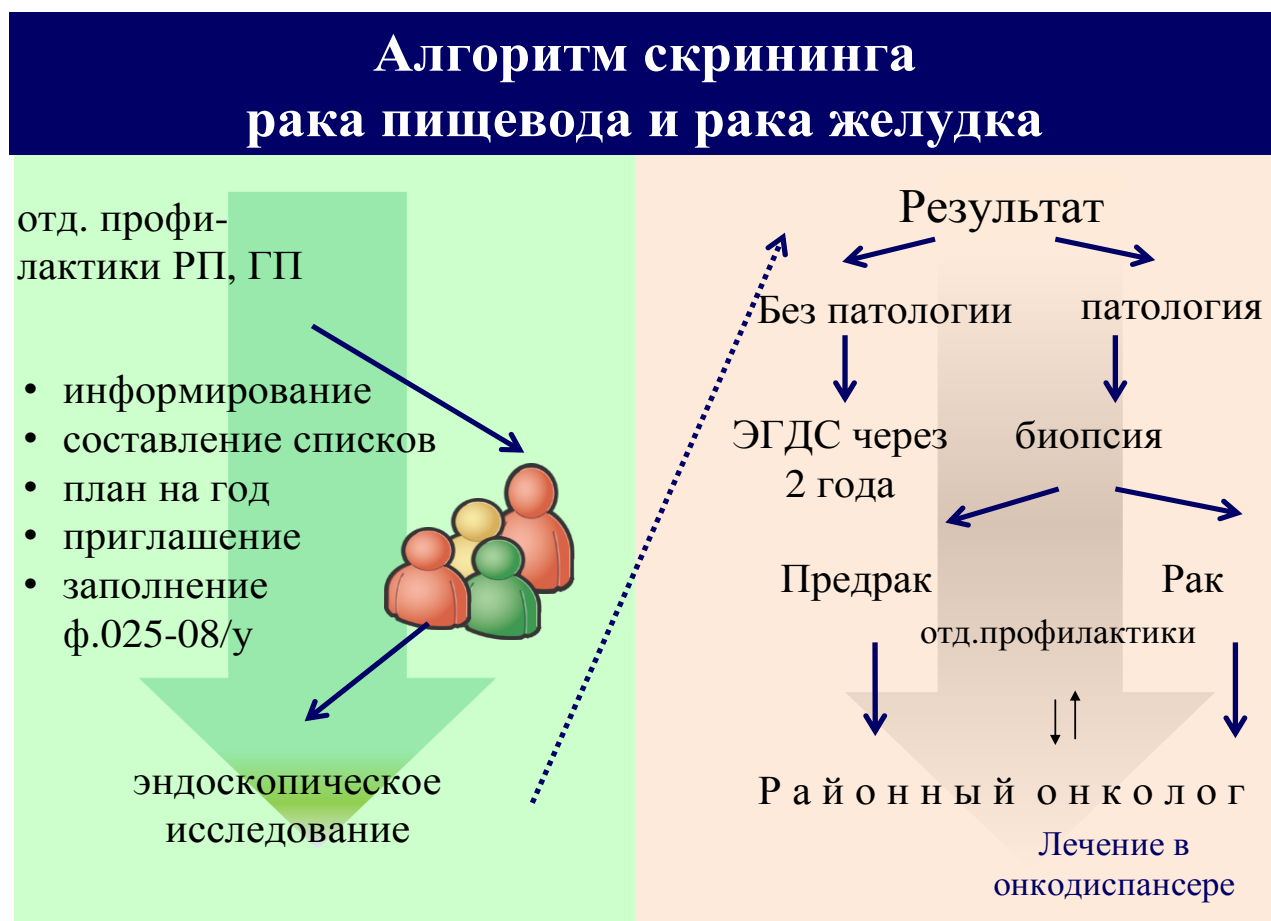
- принятие санитарно-гигиенических мер по безопасному проведению эндоскопических процедур с целью исключения инфицирования *Helicobacter pylori* лиц, проходящих эндоскопическое исследование.

3. Уровень ОД:

- гистологическое исследование биоптатов слизистой пищевода, желудка;

- мониторинг проведения скрининга, анализ результатов;
- организация деятельности МДГ;
- дообследование и лечение лиц с выявленным раком пищевода, раком желудка;
- предоставление информации по организации и проведению скрининга в республиканский СКДО.

На рисунке 1 представлен алгоритм скрининга рака пищевода и рака желудка в Казахстане.



**Рисунок 1. Схема скрининга рака пищевода и рака желудка в Казахстане.**

Этапы скрининга: подготовительный, проведения скрининга (проведение ЭГДС) и заключительный.

Скрининг рака пищевода и рака желудка вводится в пилотном режиме в отдельных регионах Казахстана с ежегодным расширением перечня регионов. В число регионов первого этапа включены регионы с самым высоким по стране уровнем заболеваемости раком пищевода и желудка: Восточно-Казахстанская, Западно-Казахстанская, Кызылординская, Павлодарская области, города Астана и Алматы.

Скрининг рака пищевода и рака желудка входит в перечень Государственного объема бесплатной медицинской помощи и все его этапы являются бесплатными для населения.

#### **4. Подготовительный этап скрининга**

Подготовительный этап включает в себя:

- определение Управлением здравоохранения организаций, в которых будут проводиться эндоскопические исследования (отделения эндоскопии КДЦ, ОД или ГП) – не менее двух так называемых «скрининговых эндоскопических центров» на регион;

- закрепление за каждым «скрининговым эндоскопическим центром» организаций ПМСП региона, утверждение графика их работы с учетом обеспеченности оборудованием, персоналом, пропускной способности отделения;

- обеспечение отделений эндоскопии соответствующим оборудованием и оснащением, эндохирургическим инструментарием, расходными материалами;

- организация телефонного или иного мобильного взаимодействия со всеми прикрепленными организациями ПМСП для записи пациентов на ЭГДС;

- информирование медицинского персонала районных МО ПМСП, ГП о целях, задачах, алгоритме проведения скрининговой программы рака пищевода и рака желудка в Казахстане с привлечением районного онколога;

- организация и проведение информационных кампаний среди прикрепленного населения о необходимости проведения скрининга рака пищевода и рака желудка, методах и порядке проведения скрининга, распространение информационно-образовательного материала среди населения (с привлечением службы ФЗОЖ, СМИ);

- формирование сводного пофамильного списка прикрепленного населения и списка целевой группы прикрепленного населения в разрезе МО ПМСП района, участков ГП.

- формирование графика прохождения эндоскопического исследования. График согласуется с отделением эндоскопии КДЦ/ОД, утверждается главным врачом РП, ГП.

- информирование и приглашение лиц целевой группы для проведения исследования. Приглашение обследуемых для проведения ЭГДС осуществляется участковой медсестрой согласно спискам целевой

группы, которая обзванивает обследуемых, либо обходит по домам, раздает приглашения и проводит беседу по посещению организации ПМСП по месту прикрепления. Даты приглашений отмечаются в «Журнале учета пациентов, подлежащих скринингу рака пищевода и рака желудка» (**приложение 1**);

- организация трансфера лиц целевой группы из МО ПМСП района в КДЦ/ОД для проведения ЭГДС.

## **5. Этап эндоскопического исследования**

### **5.1 Планирование и расположение эндоскопических услуг**

Прежде, чем приступать к скринингу, следует оценить оборудование и потребности персонала. В случае совмещения скрининговых и клинических исследований, необходимо определить время ожидания для пациентов с клиническими проявлениями, чтобы гарантировать достаточную запланированную новую пропускную способность для предупреждения неприемлемо долгих периодов ожидания гастроскопии. Врачи отделения эндоскопии должны проводить оценку риска побочных действий и совершенствовать способность реагировать на неотложные состояния.

Должен быть составлен пофамильный список людей, подлежащих эндоскопическому обследованию в рамках программ скрининга рака пищевода и рака желудка и план их обследования с указанием даты планируемого прохождения видеоЭГДС, после предварительной договоренности врача ПМСП и закрепленного эндоскописта (регистратора эндоскопического кабинета) посредством телефона, почты или интернета.

### **5.2 Инфраструктура и оборудование**

Инфраструктура кабинета эндоскопии должна включать приспособления для до-процедурной оценки и восстановления, и спроектирована таким образом, чтобы позволить организовать хороший поток пациентов в целях максимизации эффективности

Рабочее место должно быть оформлено с проявлением уважения к конфиденциальной природе взаимоотношений врач – пациент.

Состав и рекомендуемая площадь помещений для эндоскопических исследований по программе скрининга рака пищевода и рака желудка:

- Кабинет гастроскопии:
  - кабинет врача площадью 10 м<sup>2</sup>
  - процедурная площадью 18 м<sup>2</sup>
- Комната отдыха больных площадью 4 м<sup>2</sup> на 1 койку, но не менее 8 м<sup>2</sup>
- Моечная-дезинфекционная эндоскопической аппаратуры площадью 10 м<sup>2</sup>
- Помещение для хранения медицинского оборудования (6 м<sup>2</sup>)
- Комната для персонала площадью 10 м<sup>2</sup>
- Помещение для хранения уборочного инвентаря (4 м<sup>2</sup>)
- Комнаты для ожидания (4,8 м<sup>2</sup>) на 1 диагностический кабинет
- Малая операционная площадью 22 м<sup>2</sup>
- Предоперационная площадью 10 м<sup>2</sup>

Объем оборудования должен соответствовать возложенным на него потребностям в целях максимизации эффективности и предотвращения задержки пациентов.

Должен присутствовать достаточный запас приспособлений, подходящих для эндоскопических воздействий, например, для фокального применения красителя для выявления и оценки поражений пищевода и желудка высокой степени риска.

В эндоскопическом кабинете должна быть установлена реанимационная аппаратура в исправном состоянии. Техническое обслуживание оборудования должно осуществляться компетентным персоналом. Должна проводиться регулярная проверка функционирования и очистки всех эндоскопов, в соответствии с утвержденными санитарными нормами и правилами. Учитывая необходимость высокой пропускной способности, скрининговые эндоскопические кабинеты должны оснащены автоматическими моющими машинами.

При проведении ЭГДС в случае возникновения осложнения следует обеспечить связь с соответствующими лечебными учреждениями для немедленной госпитализации.

*Стандарт оснащения кабинета скрининговой ЭГДС:*

1. Стол для исследований.
2. Видеоэндоскопическая стойка:
  - монитор;
  - процессор;
  - 2 гастроскопа;
  - отсос;

- электрохирургический блок для эндоскопии (один на эндоскопическое отделение, либо один на 3 эзофагогастроскопических скрининговых кабинета).

3. Инструменты для эзофагогастроскопии на кабинет:

- щипцы биопсийные 2 шт.

- петли для полипэктомии 2 шт.

4. Столики инструментальные с выдвижными ящиками 2 шт.

5. Шкаф медицинский 1 шт.

6. Подводка кислорода.

7. Набор медикаментов для неотложной помощи и обезболивания.

8. Набор для интубации с мешком Амбу (один на отделение).

9. Тонометр.

10. Флаконы и стекла для взятия биопсии не менее 10 ежедневно.

11. Автоматическая моющая машина для эндоскопов.

### **5.3 Подготовка пациента и последующий уход**

Пациент, подлежащий ЭГДС по программе скрининга рака пищевода и желудка, направляется в ОД или КДЦ по месту жительства в кабинет эндоскопии. Предварительно происходит оценка врачом ПМСП состояния обследуемого пациента, выставляются противопоказания к проведению ЭГДС.

Согласно утвержденному графику, пациент ставится на очередь для проведения ЭГДС.

Накануне исследования пациенту сообщается время проведения процедуры, объясняется порядок подготовки и выдается на руки инструкция подготовки к исследованию (**приложение 2**), а также форма согласия на проведение эзофагогастроскопии (**приложение 3**).

#### **Противопоказания к проведению эзофагогастроскопии**

- острые инфекционные болезни,
- перитонит,
- поздние стадии сердечной и легочной недостаточности,
- выраженные нарушения свертывающей системы крови,
- аневризмы аорты

Эндоскопические услуги должны содержать процедуры, регулирующие политику отзыва информированного согласия пациента до или во время эндоскопической процедуры.

Перед уходом из эндоскопического кабинета пациентам следует дать разъяснение результатов их процедуры; им также стоит дать письменную информацию для подтверждения устного разъяснения.

Следует разработать систему учета и оповещения эндоскопического отделения в случае поступления пациента после эндоскопической процедуры в отделение скорой и неотложной помощи при возникших отсроченных осложнениях.

#### **5.4 Учетная документация**

По результатам процедуры ЭГДС врач заполняет специальную форму «Бланк эндоскопического исследования пищевода и желудка» (**приложение 4**). Заполняется как лицевая, так и обратная стороны бланка.

На лицевой стороне врач эндоскопист обязательно указывает один из вариантов пунктов А – Г. После проведения ЭГДС врач заполняет пункт Д – Результат исследования, раздел «Непосредственный после ЭГДС». После получения результатов биопсии заполняется раздел «После получения гистологического заключения». В пункт Е эндоскопист вписывает гистологическое заключение.

На обратной стороне дается обычное письменное описание ЭГДС и выставляется заключение.

При описании ЭГДС следует придерживаться стандартов терминологии, изданных Европейским обществом гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE).

Результаты проведенных ЭГДС регистрируются в «Журнале учета граждан обратившихся в КДЦ/ОД на ЭГДС».

Результат эндоскопического исследования должен быть передан врачу отделения профилактики и социально-психологической помощи организации ПМСП, внесен в учетную форму 025-08/У, а бланк исследования вложен в амбулаторную карту пациента.

## 5.5 Эндоскопическое исследование

Для достижения высококачественного эзофагогастроскопического обследования необходимо осуществить полный осмотр пищевода, желудка и 12-перстной кишки.

В калькуляцию услуги скрининговой ЭГДС включено использование пеногасителя симетикона по показаниям.

Если эндоскопист сомневается в том, что сможет удалить поражение высокого риска, такое поражение следует должным образом описать в документах и, при необходимости отметить его положение специальной татуировкой. Затем пациента следует направить в другое учреждение для удаления поражения эндоскопическим или хирургическим путем.

При проведении видеоэндоскопического исследования должна быть осуществлена запись процедуры на электронный носитель с последующей архивацией.

## 5.6 Обеспечение санитарной безопасности

Процедуры санитарной обработки должны соответствовать утвержденным санитарным нормам и правилам. Процедуры санитарной обработки должны проходить проверку на соответствие определенным показателям. **Очень важным является предупреждение инфицирования *Helicobacter pylori* пациентов, проходящих скрининговой эндоскопическое исследование!**

**Важно помнить!** Каждый пациент должен рассматриваться как потенциальный источник инфекции, поэтому все эндоскопы и инструменты к ним должны быть обеззаражены после каждого эндоскопического вмешательства.

Весь медицинский персонал эндоскопического отделения (кабинета) должен быть обучен процессу дезинфекции и стерилизации эндоскопического оборудования и инструментария, неукоснительно выполнять эти процедуры для защиты как больных, так и персонала.

Для гибких эндоскопов показано проведение дезинфекции высокого уровня. Процесс обработки эндоскопов длительный и в

зависимости от метода занимает от 1 часа и более (при ручной обработке) до 20 минут (с использованием автоматических моющих машин). На рисунке 2 представлена схема обработки эндоскопов.



**Рисунок 2. Схема процесса обработки эндоскопа.**

Из рисунка 2 следует, что *при использовании одного эндоскопа и наличии автоматической моющей машины время между двумя исследованиями должно быть минимум 20 минут.*

Некоторые автоматические мойки имеют принтер, что дает возможность печати отчета после каждой обработки. Чек-отчет включает параметры: модель эндоскопа, кто и когда провел обработку и т.д. Этот чек можно приложить к медицинской документации эндоскопического исследования пациента, подтверждая выполнение требований санитарной безопасности.

## **6. Оценка результатов и дальнейшая тактика**

### **6.1 Общая часть**

Врачом отделения профилактики и социально-психологической помощи проводится оценка состояния здоровья пациента после обследования на скрининг рака пищевода и рака желудка и результаты скрининга. Заполняется форма 025-08/у с учетом результатов биопсии. Определяется группа здоровья с последующим динамическим наблюдением, согласно алгоритму.

#### **Классификация результатов эзофагогастроскопического исследования (в случае взятия биопсии ставится после получения гистологического заключения):**

- ✓ ES 1 Пищевод без патологии
- ✓ ES 2 Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития
- ✓ ES 3 Воспалительные заболевания пищевода
- ✓ ES 4 Язва пищевода
- ✓ ES 5 Подслизистое образование пищевода
- ✓ ES 6 Пищевод Баррета (кишечная метаплазия)
- ✓ ES 7 Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке
- ✓ ES 8 Полиповидное образование пищевода на широком основании
- ✓ ES 9 ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)
- ✓ ES 10 ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное патоморфологически
- ✓ ES 11 ЗНО пищевода с размером очага более 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)
- ✓ ES 12 ЗНО пищевода с размером очага более 1 см, верифицированное патоморфологически
  
- ✓ GS 1 Желудок без патологии
- ✓ GS 2 Наследственные заболевания желудка, аномалии развития
- ✓ GS 3 Воспалительные заболевания желудка

- ✓ GS 4 Язва желудка
- ✓ GS 5 Подслизистое образование желудка
- ✓ GS 6 Полиповидное образование желудка на тонкой ножке
- ✓ GS 7 Полиповидное образование желудка на широком основании
- ✓ GS 8 ЗНО желудка с размером очага до 3 см, без морфологической верификации (двукратной гастроскопии)
- ✓ GS 9 ЗНО желудка с размером очага до 3 см, верифицированное патоморфологически
- ✓ GS 10 ЗНО желудка с размером очага более 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии)
- ✓ GS 11 ЗНО желудка с размером очага более 3 см, верифицированное патоморфологически

## **6.2 Результаты биопсии пищевода и желудка**

Результаты биопсии пищевода и желудка, полученной в результате эзофагогастроскопического исследования, оцениваются в соответствии с общепринятыми международными стандартами и классификацией ВОЗ. Морфологическое исследование биопсийного материала проводится в патоморфологической лаборатории ОД и архивируется согласно утвержденному порядку.

## **6.3 Соответствие эндоскопического результата и клинических диагнозов согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра**

### **ES 1 Пищевод без патологии**

- Норма

### **ES 2 Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития**

- Q39.0 Атрезия пищевода без свища
- Атрезия пищевода БДУ
- Q39.1 Атрезия пищевода с трахеально-пищеводным свищем
- Атрезия пищевода с бронхиально-пищеводным свищом
- Q39.2 Врожденный трахеально-пищеводный свищ без атрезии

- Врожденный трахеально-пищеводный свищ БДУ
- Q39.3 Врожденные стеноз и стриктура пищевода
- Q39.4 Пищеводная перепонка
- Q39.5 Врожденное расширение пищевода
- Q39.6 Дивертикул пищевода
- Пищеводный карман
- Q39.8 Другие врожденные аномалии пищевода
- Отсутствие. Врожденное смещение пищевода. Удвоение
- Q39.9 Врожденная аномалия пищевода неуточненная

### **ES 3 Воспалительные заболевания пищевода**

- K20 Эзофагит
- Абсцесс пищевода Эзофагит: . БДУ . химический . пептический  
При необходимости идентифицировать причину используют дополнительный код внешних причин (класс XX). Исключены: эрозия пищевода (K22.1) рефлекс-эзофагит (K21.0) эзофагит с гастроэзофагеальным рефлюксом (K21.0)
- K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс
- K22 Другие болезни пищевода
- Исключено: варикозное расширение вен пищевода (I85.-)
- K23\* Поражения пищевода при болезнях, классифицированных в других рубриках
- K23.0\* Туберкулезный эзофагит (A18.8+)
- K23.1\* Расширение пищевода при болезни Шагаса (B57.3+)
- K23.8\* Поражения пищевода при других болезнях, классифицированных в других рубриках
- С рубриками K25-K28 используются следующие четырехзначные подрубрики.

### **ES 4 Язва пищевода**

- K22.1 Язва пищевода Эрозия пищевода Язва пищевода: . БДУ вызванная: . химическими веществами . лекарственными средствами и медикаментами . грибковая . пептическая При необходимости идентифицировать причину используют дополнительный код внешних причин (класс XX).

### **ES 5 Подслизистое образование пищевода**

- D13 Доброкачественное новообразование других и неточно обозначенных органов пищеварения

- D13.0 Пищевода

D37 Новообразование неопределенного или неизвестного характера полости рта и органов пищеварения

- D37.7 Других органов пищеварения
- D37.9 Органов пищеварения неуточненных

### **ES 6 Пищевод Баррета (кишечная метаплазия)**

- K22.7 Пищевод Барретта, синдром Барретта

### **ES 7 Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке**

- D13 Доброкачественное новообразование других и неточно обозначенных органов пищеварения
- D13.0 Пищевода

### **ES 8 Полиповидное образование пищевода на широком основании**

D13 Доброкачественное новообразование других и неточно обозначенных органов пищеварения

- D13.0 Пищевода

### **ES 9 ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной зофагоскопии)**

- C15 Злокачественное новообразование пищевода
- C15.0 Шейного отдела пищевода
- C15.1 Грудного отдела пищевода
- C15.2 Абдоминального отдела пищевода
- C15.3 Верхней трети пищевода
- C15.4 Средней трети пищевода
- C15.5 Нижней трети пищевода
- C15.8 Поражение пищевода, выходящее за пределы одной и более
- C15.9 Пищевода неуточненное

### **ES 10 ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное патоморфологически**

- C15 Злокачественное новообразование пищевода
- C15.0 Шейного отдела пищевода
- C15.1 Грудного отдела пищевода
- C15.2 Абдоминального отдела пищевода
- C15.3 Верхней трети пищевода

- C15.4 Средней трети пищевода
- C15.5 Нижней трети пищевода
- C15.8 Поражение пищевода, выходящее за пределы одной и более
- C15.9 Пищевода неуточненное

**ES 11 ЗНО пищевода с размером очага более 1 см без морфологической верификации (двукратной зофагоскопии)**

- C15 Злокачественное новообразование пищевода
- C15.0 Шейного отдела пищевода
- C15.1 Грудного отдела пищевода
- C15.2 Абдоминального отдела пищевода
- C15.3 Верхней трети пищевода
- C15.4 Средней трети пищевода
- C15.5 Нижней трети пищевода
- C15.8 Поражение пищевода, выходящее за пределы одной и более
- C15.9 Пищевода неуточненное

**ES 12 ЗНО пищевода с размером очага более 1 см, верифицированное патоморфологически**

- C15 Злокачественное новообразование пищевода
- C15.0 Шейного отдела пищевода
- C15.1 Грудного отдела пищевода
- C15.2 Абдоминального отдела пищевода
- C15.3 Верхней трети пищевода
- C15.4 Средней трети пищевода
- C15.5 Нижней трети пищевода
- C15.8 Поражение пищевода, выходящее за пределы одной и более
- C15.9 Пищевода неуточненное

**GS 1 Желудок без патологии**

- Норма

**GS 2 Наследственные заболевания желудка, аномалии развития**

Q40 Другие врожденные аномалии [пороки развития] верхней части пищеварительного тракта

- Q40.0 Врожденный гипертрофический пилоростеноз
- Q40.1 Врожденная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Q40.2 Другие уточненные пороки развития желудка

- Q40.3 Порок развития желудка неуточненный
- Q40.8 Другие уточненные пороки развития верхней части пищеварительного тракта
- Q40.9 Пороки развития верхней части пищеварительного тракта неуточненные

### **GS 3 Воспалительные заболевания желудка**

#### **K29 Гастрит и дуоденит**

- K29.0 Острый геморрагический гастрит
- K29.1 Другие острые гастриты
- K29.2 Алкогольный гастрит
- K29.3 Хронический поверхностный гастрит
- K29.4 Хронический атрофический гастрит
- K29.5 Хронический гастрит неуточненный
- K29.6 Другие гастриты
- K29.7 Гастрит неуточненный
- K29.8 Дуоденит
- K29.9 Гастродуоденит неуточненный

#### **K31 Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

- K31.0 Острое расширение желудка
- K31.1 Гипертрофический пилоростеноз у взрослых
- K31.2 Стриктура в виде песочных часов и стеноз желудка
- K31.3 Пилороспазм, не классифицированный в других рубриках
- K31.4 Дивертикул желудка
- K31.5 Непроходимость двенадцатиперстной кишки
- K31.6 Свищ желудка и двенадцатиперстной кишки
- K31.8 Другие уточненные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- K31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточненная

### **GS 4 Язва желудка**

#### **K25 Язва желудка**

- K25.0 Язва желудка острая с кровотечением
- K25.1 Язва желудка острая с прободением
- K25.2 Язва желудка острая с кровотечением и прободением
- K25.3 Язва желудка острая без кровотечения и прободения
- K25.4 Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением

- К25.5 Язва желудка хроническая или неуточненная с прободением
- К25.6 Язва желудка хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением
- К25.7 Язва желудка хроническая без кровотечения и прободения
- К25.9 Язва желудка не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

### **GS 5 Подслизистое образование желудка**

D13 Доброкачественное новообразование других и неточно обозначенных органов пищеварения

- D13.1 Желудка

D37 Новообразование неопределенного или неизвестного характера полости рта и органов пищеварения

- D37.1 Желудка

### **GS 6 Полиповидное образование желудка на тонкой ножке**

D13 Доброкачественное новообразование других и неточно обозначенных органов пищеварения

- D13.1 Желудка

D37 Новообразование неопределенного или неизвестного характера полости рта и органов пищеварения

- D37.1 Желудка

### **GS 7 Полиповидное образование желудка на широком основании**

D13 Доброкачественное новообразование других и неточно обозначенных органов пищеварения

- D13.1 Желудка

D37 Новообразование неопределенного или неизвестного характера полости рта и органов пищеварения

- D37.1 Желудка

### **GS 8 ЗНО желудка с размером очага до 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии)**

C16 Злокачественное новообразование желудка

- C16.0 ЗНО кардии желудка

- С16.1 ЗНО дна желудка
- С16.2 ЗНО тела желудка
- С16.3 ЗНО преддверия привратника
- С16.4 ЗНО привратника
- С16.5 ЗНО малой кривизны желудка неуточненной части
- С16.6 ЗНО большой кривизны желудка неуточненной части
- С16.8 Поражение желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С16.9 ЗНО желудка неуточненной локализации

**GS 9 ЗНО желудка с размером очага до 3 см, верифицированное патоморфологически**

**С16 Злокачественное новообразование желудка**

- С16.0 ЗНО кардии желудка
- С16.1 ЗНО дна желудка
- С16.2 ЗНО тела желудка
- С16.3 ЗНО преддверия привратника
- С16.4 ЗНО привратника
- С16.5 ЗНО малой кривизны желудка неуточненной части
- С16.6 ЗНО большой кривизны желудка неуточненной части
- С16.8 Поражение желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С16.9 ЗНО желудка неуточненной локализации

**GS 10 ЗНО желудка с размером очага более 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии)**

**С16 Злокачественное новообразование желудка**

- С16.0 ЗНО кардии желудка
- С16.1 ЗНО дна желудка
- С16.2 ЗНО тела желудка
- С16.3 ЗНО преддверия привратника
- С16.4 ЗНО привратника
- С16.5 ЗНО малой кривизны желудка неуточненной части
- С16.6 ЗНО большой кривизны желудка неуточненной части
- С16.8 Поражение желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- С16.9 ЗНО желудка неуточненной локализации

**GS 11 ЗНО желудка с размером очага более 3 см, верифицированное патоморфологически**

**C16 Злокачественное новообразование желудка**

- C16.0 ЗНО кардии желудка
- C16.1 ЗНО дна желудка
- C16.2 ЗНО тела желудка
- C16.3 ЗНО преддверия привратника
- C16.4 ЗНО привратника
- C16.5 ЗНО малой кривизны желудка неуточненной части
- C16.6 ЗНО большой кривизны желудка неуточненной части
- C16.8 Поражение желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C16.9 ЗНО желудка неуточненной локализации

**6.4 Алгоритм действий медработников ПМСП в зависимости от результатов ЭГДС**

При ES 1 (пищевод без патологии) – пациент возвращается в программу скрининга, рисунок 3.

При ES 2 (наследственные заболевания пищевода, аномалии развития) – пациент направляется к гастроэнтерологу, рисунок 4.

При ES 3 (воспалительные заболевания пищевода) – пациент направляется к гастроэнтерологу, рисунок 5.



**Рисунок 3. Тактика ведения пациентов при ES 1.**



**Рисунок 4. Тактика ведения пациентов при ES 2.**



**Рисунок 5. Тактика ведения пациентов при ES 3.**

При ES 4 (язва пищевода) – пациент направляется к гастроэнтерологу.

При ES 5 (подслизистое образование пищевода) – пациент направляется к онкологу.

При ES 6 (пищевод Баррета (кишечная метаплазия)) – пациент направляется к онкологу.

При ES 7 (полиповидное образование пищевода на тонкой ножке) – пациенту производится полипэктомия, каждый удаленный полип извлекается, маркируется и отправляется на гистологическое исследование. В случае отсутствия верификации ЗНО проводится повторная ЭГДС спустя 4-6 месяцев, в случае наличия злокачественного роста – пациент направляется к онкологу.

При ES 8 (полиповидное образование пищевода на широком основании) – пациенту производится полипэктомия, каждый удаленный полип извлекается, маркируется и отправляется на гистологическое исследование. В случае отсутствия верификации ЗНО проводится повторная ЭГДС спустя 4-6 месяцев, в случае наличия злокачественного роста – пациент направляется к онкологу.

При ES 9 (эндоскопическая картина ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной ЭГДС)) – пациент направляется к онкологу.

При ES 10 (эндоскопическая картина ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически) – пациент направляется к онкологу.

При ES 11 (эндоскопическая картина ЗНО пищевода с размером очага более 1 см без морфологической верификации (двукратной ЭГДС)) – пациент направляется к онкологу.

При ES 12 (эндоскопическая картина ЗНО пищевода с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически) – пациент направляется к онкологу.

При GS 1 (желудок без патологии) – пациент возвращается в программу скрининга.

При GS 2 (наследственные заболевания желудка, аномалии развития) – пациент направляется к гастроэнтерологу.

При GS 3 (воспалительные заболевания желудка) – пациент направляется к гастроэнтерологу.

При GS 4 (язва желудка) – пациент направляется к гастроэнтерологу.

При GS 5 (подслизистое образование желудка) – пациент направляется к онкологу.

При GS 6 (полиповидное образование желудка на тонкой ножке) – пациенту производится полипэктомия, каждый удаленный полип извлекается, маркируется и отправляется на гистологическое исследование. В случае отсутствия верификации ЗНО проводится повторная ЭГДС спустя 4-6 месяцев, в случае наличия злокачественного роста – пациент направляется к онкологу.

При GS 7 (полиповидное образование желудка на широком основании) – пациенту производится полипэктомия, каждый удаленный полип извлекается, маркируется и отправляется на гистологическое исследование. В случае отсутствия верификации ЗНО проводится повторная гастроскопия спустя 4-6 месяцев, в случае наличия злокачественного роста – пациент направляется к онкологу.

При GS 8 (эндоскопическая картина ЗНО желудка с размером очага до 3 см без морфологической верификации (двукратной ЭГДС) – пациент направляется к онкологу.

При GS 9 (эндоскопическая картина ЗНО желудка с размером очага до 3 см, верифицированное морфологически) – пациент направляется к онкологу.

При GS 10 (эндоскопическая картина ЗНО желудка с размером очага более 3 см без морфологической верификации (двукратной ЭГДС)) – пациент направляется к онкологу.

При GS 11 (эндоскопическая картина ЗНО желудка с размером очага более 3 см, верифицированное морфологически) – пациент направляется к онкологу.

Эндоскопическое заключение может содержать несколько кодировок выявленного эндоскопического процесса: наследственное заболевание с воспалением, наличием полипозного образования и его злокачественным перерождением. В этих случаях в форму 025-08/у выставляется наиболее значимый результат в следующей последовательности:

патология не обнаружена → наследственное заболевание →  
воспаление → язва → полип → рак.

## **Заключение**

Скрининг рака пищевода и желудка в настоящее время внедряется в Казахстане в пилотном режиме. Несмотря на высокую актуальность, скрининг рака желудка показал свою практическую и социальную значимость лишь в единичных странах. Однако, учитывая высокую распространенность рака пищевода и желудка в Казахстане, большие показатели запущенности, данная программа должна изменить онкоситуацию рака пищеварительного тракта при соответствующем выполнении требований к проведению скрининга.

Помимо активной информированной позиции населения, очень важно медицинским работникам, задействованным в данном скрининге, иметь точную информацию и практические рекомендации по каждой фазе скрининга рака пищевода и желудка, понимать организацию и процедуру скринирующей программы, устанавливать и поддерживать связь с эндоскопическими кабинетами (отделениями), гастроэнтерологами, онкологами, морфологами.

Важным фактором, помимо регулярного обучения эндоскопистов, гастроэнтерологов и морфологов современным стандартам ранней диагностики и оздоровления, является создание эффективной модели скрининговой эндоскопической службы, оснащенной современным видеоэндоскопическим оборудованием, хирургическим инструментарием для проведения малоинвазивных эндоскопических диагностических и лечебных процедур.

Четкое выполнение своих функциональных обязанностей, взаимодействие всех участников скрининговой программы позволит достичь ожидаемых результатов раннего выявления рака желудочно-кишечного тракта, осуществить приемлемость, безопасность и эффективность эндоскопических исследований.

**Журнал учета пациентов, подлежащих скринингу рака пищевода и рака желудка**

№	ФИО	ИИН	Адрес, телефон	Дата, месяц, год рождения	Возрастная группа
1	2	3	4	5	6
...					

Даты приглашения на скрининг	Дата прохождения скрининга	Дата постановки на очередь на ЭГДС	Дата проведения ЭГДС	Дата получения результата ЭГДС
7	8	9	10	11

Результат ЭГДС						Дата направления к специалисту		Клинический диагноз
А	Б	В	Г	Д	Е	гастроэнтерологу	онкологу	
12	13	14	15	16	17	18	19	20

**Примечание.**

Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- участковой медсестрой по профилактике;
- в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 7 – Дата приглашения на скрининг).

- Графа 6 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;
- Графа 7 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг. Здесь и далее все даты заполняются в формате 27.05 (чч.мм) без указания года, так как журнал ежегодно обновляется.
- Графа 8 – дата обращения пациента в ПМСП по случаю прохождения скрининга (заполнена форма 025-08/У, получено согласие на проведение ЭГДС, дано направление на эндоскопическое исследование).

- Графа 9 – указывается дата постановки на очередь в отделение эндоскопии. Дата сообщается лаборантом отделения эндоскопии по телефону либо выставляется в соответствии с согласованным с эндоскопическим кабинетом графиком направлений на ЭГДС.
- Графа 12 – указывается объем проведенной ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно *Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка (приложение 4)*.
- Графа 13 – указывается степень чистоты пищевода и желудка в соответствии с шифровкой согласно *Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка (приложение 4)*.
- Графа 14 – указываются осложнения при проведении ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно *Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка (приложение 4)*.
- Графа 15 – указывается проведение биопсии в соответствии с шифровкой согласно *Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка (приложение 4)*.
- Графа 16 – выставляется результат ЭГДС в соответствии с шифровкой ES1, ES 2, GS1, GS2 и т.д.
- Графа 17 – указывается результат гистологического исследования в случаях проведения биопсии в соответствии с шифровкой согласно *Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка (приложение 4)*.
- Графа 20 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гастроэнтерологом, онкологом), либо в соответствии с результатом эндоскопии.

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

**Эзофагогастродуоденоскопия** – визуальный осмотр верхних отделов пищеварительного тракта (пищевода, желудка, а также 12-перстной кишки) изнутри с помощью специального аппарата – эндоскопа, представляющего собой гибкий эластичный управляемый зонд, который вводится через рот в положении лежа на левом боку после местной анестезии глотки (для снятия рвотного рефлекса). Иногда возможно выполнение исследования под наркозом.

С помощью оптической системы аппарата врач детально осматривает увеличенное изображение слизистой оболочки вышеперечисленных органов, при необходимости он может взять кусочки ткани для гистологического исследования. Данная процедура называется **биопсией**, протекает она абсолютно безболезненно. Все это позволяет быстро и точно поставить диагноз, в том числе и на самых ранних стадиях развития болезни (воспаление, язва, эрозии, полип, опухоль, желудочное кровотечение и др.) Основываясь на данных эндоскопии, врач может подобрать правильное лечение в каждом конкретном случае. Чем точнее будет поставлен диагноз, тем успешнее будет проходить лечение.

### **Подготовка к исследованию.**

Исследование выполняется строго натощак.

Вечером накануне исследования (до 20 часов) – легкий ужин, затем нельзя есть и пить до самого исследования (8-10 часов). До исследования воздержитесь от курения.

После исследования нельзя пить и принимать пищу в течение 30 минут. Если Вам проводилась биопсия, принимаемая в день исследования пища не должна быть горячей.

Не стесняйтесь спрашивать, врач и медицинская сестра дадут подробные, понятные Вам рекомендации, как вести себя во время процедуры, чтобы она прошла наименее неприятно, в кратчайшие сроки и успешно. Внимательно слушайте и выполняйте советы врача, проводящего исследование.

Если вам предстоит исследование во сне (под наркозом), садиться за руль автомобиля после лекарственного сна не разрешается в течение суток!

**Любая дополнительная информация и запись на исследование по телефону: \_ \_ \_ \_ \_**

телефон эндоскопического кабинета \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

Я, \_\_\_\_\_ лет,

Я информирован(а):

- о предстоящем вмешательстве;
- показаниях к нему;
- связанном с вмешательством риске;
- о методе обезболивания.

Кроме того, мне разъяснено, что:

- плохая переносимость процедуры пациентом,
- недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма

может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства.

Никаких гарантий или обещаний относительно результатов эндоскопического вмешательства предоставлено не было.

Я признаю право врача прервать исследование в случае, если:

- в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента;
- из-за выхода оборудования из строя;
- выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от эндоскопического вмешательства. Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида эндоскопического вмешательства в любое время до начала и в процессе его выполнения.

В случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе вмешательства, я доверяю врачу изменить объем вмешательства в

соответствие с полученными дополнительными данными.

Я подтверждаю, что врач был мной проинформирован об известных мне на дату подписания настоящего документа проблемах со здоровьем, хронических и инфекционных (в т.ч. ВИЧ, Гепатит) заболеваниях, о всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, беременности.

Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинского учреждения и врачей.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Я, подписывая данный документ, даю согласие врачу-эндоскописту \_\_\_\_\_ провести мне эндоскопическое вмешательство и прошу о его проведении.

Ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции:

(подпись) \_\_\_\_\_  
дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

**Бланк эндоскопического исследования пищевода и желудка**

**Ф.И.О.** (полностью) исследуемого \_\_\_\_\_

**Дата** \_\_\_\_\_

<p><b>А Объем проведенного исследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 проведена полная эзофагоскопия и полная гастроскопия</li> <li><input type="checkbox"/> 2 проведена неполная эзофагоскопия</li> <li><input type="checkbox"/> 3 проведена полная эзофагоскопия и неполная гастроскопия</li> </ul> <p><b>Б Степень чистоты пищевода и желудка</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Пищевод и желудок свободны от содержимого</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Пищевод свободен от содержимого, желудок – нечист</li> <li><input type="checkbox"/> 3 Пищевод и желудок – нечисты</li> </ul>	<p><b>В Осложнения при проведении исследования</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Без осложнений</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Кровотечение</li> <li><input type="checkbox"/> 3 Перфорация</li> <li><input type="checkbox"/> 4 Другие</li> </ul> <p><b>Г Проведение биопсии</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Биопсия взята</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Биопсия не взята, т.к. нет показаний</li> <li><input type="checkbox"/> 3 Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствия инструментов, формалина и др.)</li> </ul>
---	---

**Д Результат исследования**

<p><b>Непосредственный после ЭГДС</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ES 1 Пищевод без патологии</li> <li><input type="checkbox"/> ES 2 Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития</li> <li><input type="checkbox"/> ES 3 Воспалительные заболевания пищевода</li> <li><input type="checkbox"/> ES 4 Язва пищевода</li> <li><input type="checkbox"/> ES 5 Подслизистое образование пищевода</li> <li><input type="checkbox"/> ES 6 Эндоскопическая картина пищевода Баррета</li> <li><input type="checkbox"/> ES 7 Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке</li> <li><input type="checkbox"/> ES 8 Полиповидное образование пищевода на широком основании</li> <li><input type="checkbox"/> ES 13 Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага до 1 см</li> <li><input type="checkbox"/> ES 14 Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага более 1 см</li> </ul>	<p><b>После получения гистологического заключения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ES 1 Пищевод без патологии</li> <li><input type="checkbox"/> ES 2 Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития</li> <li><input type="checkbox"/> ES 3 Воспалительные заболевания пищевода</li> <li><input type="checkbox"/> ES 4 Язва пищевода</li> <li><input type="checkbox"/> ES 5 Подслизистое образование пищевода</li> <li><input type="checkbox"/> ES 6 Пищевод Баррета (кишечная метаплазия)</li> <li><input type="checkbox"/> ES 7 Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке</li> <li><input type="checkbox"/> ES 8 Полиповидное образование пищевода на широком основании</li> <li><input type="checkbox"/> ES 9 ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной ЭГДС)</li> <li><input type="checkbox"/> ES 10 ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически</li> <li><input type="checkbox"/> ES 11 ЗНО пищевода с размером очага более 1 см без морфологической верификации (двукратной ЭГДС)</li> </ul>
--	---

	<input type="checkbox"/> ES 12 ЗНО пищевода с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически
<p><b>Непосредственный после ЭГДС</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> GS 1 Желудок без патологии</li> <li><input type="checkbox"/> GS 2 Наследственные заболевания желудка, аномалии развития</li> <li><input type="checkbox"/> GS 3 Воспалительные заболевания желудка</li> <li><input type="checkbox"/> GS 4 Язва желудка</li> <li><input type="checkbox"/> GS 5 Подслизистое образование желудка</li> <li><input type="checkbox"/> GS 6 Полиповидное образование желудка на тонкой ножке</li> <li><input type="checkbox"/> GS 7 Полиповидное образование желудка на широком основании</li> <li><input type="checkbox"/> GS 12 Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага до 3 см</li> <li><input type="checkbox"/> GS 13 Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага более 3 см</li> </ul>	<p><b>После получения гистологического заключения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> GS 1 Желудок без патологии</li> <li><input type="checkbox"/> GS 2 Наследственные заболевания желудка, аномалии развития</li> <li><input type="checkbox"/> GS 3 Воспалительные заболевания желудка</li> <li><input type="checkbox"/> GS 4 Язва желудка</li> <li><input type="checkbox"/> GS 5 Подслизистое образование желудка</li> <li><input type="checkbox"/> GS 6 Полиповидное образование желудка на тонкой ножке</li> <li><input type="checkbox"/> GS 7 Полиповидное образование желудка на широком основании</li> <li><input type="checkbox"/> GS 8 ЗНО желудка с размером очага до 3 см без морфологической верификации (двукратной ЭГДС)</li> <li><input type="checkbox"/> GS 9 ЗНО желудка с размером очага до 3 см, верифицированное морфологически</li> <li><input type="checkbox"/> GS 10 ЗНО желудка с размером очага более 3 см без морфологической верификации (двукратной ЭГДС)</li> <li><input type="checkbox"/> GS 11 ЗНО желудка с размером очага более 3 см, верифицированное морфологически</li> </ul>

**Е Результат гистологического исследования, дата получения**

- 1 Онкологическое заболевание подтверждено
- 2 Онкологическое заболевание не подтверждено

**Описание ЭГДС**

**Заключение**

---



---

Ф.И.О. врача, подпись