## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 13 декабря 2016 года N 2111

О маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в Челябинской области

В целях совершенствования оказания медицинской помощи взрослым пациентам с парентеральными вирусными гепатитами в Челябинской области и во исполнение постановления Главного санитарного врача Российской Федерации от 28 февраля 2008 года N 14 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08 "Профилактика вирусного гепатита B", постановления Главного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 года N 58 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 "Профилактика вирусного гепатита C", приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 января 2016 года N 69н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях"

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:

Алгоритм диспансерного наблюдения взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения Челябинской области;

схему маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в медицинские организации Челябинской области;

состав комиссии при Министерстве здравоохранения Челябинской области по отбору взрослых пациентов для назначения противовирусных препаратов в рамках государственной программы Челябинской области "Развитие здравоохранения Челябинской области", утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 28.11.2014 N 644-П, в медицинских организациях третьего уровня (далее именуется - Комиссия).

2. Руководителям медицинских организаций, в отношении которых Министерство здравоохранения Челябинской области выполняет функции и полномочия учредителя, организовать работу в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа.

3. Руководителям органов управления здравоохранения и медицинских организаций муниципальных образований Челябинской области рекомендовать организовать работу в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа.

4. Главному врачу Клиники федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации Климовой Е.В. рекомендовать:

организовать работу в соответствии с пунктом 1 настоящего приказа;

в соответствии с протоколом Комиссии обеспечить пациентам с хроническими вирусными гепатитами назначение противовирусной терапии, остро нуждающимся в терапии и имеющим высокую приверженность к лечению.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 23.11.2007 N 509 "Об организации противовирусной терапии больным с хроническими вирусными гепатитами B и C на территории Челябинской области".

6. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр" Пластовцу А.И. разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети Интернет.

7. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Сахарову В.В.

Министр здравоохранения

Челябинской области

С.Л.КРЕМЛЕВ

Утвержден

приказом

Министерства здравоохранения

Челябинской области

от 13 декабря 2016 года N 2111

Алгоритм диспансерного наблюдения взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения Челябинской области

I. Общие положения

1. Диспансерное наблюдение взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами (перенесших острые формы, а также больных хроническими вирусными гепатитами (далее именуется - ХВГ)) осуществляется в амбулаторных условиях в соответствии с приказом Минздрава России от 31 января 2012 года N 69н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях", постановлением Главного санитарного врача Российской Федерации от 28 февраля 2008 года N 14 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08 "Профилактика вирусного гепатита B", постановлением Главного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 года N 58 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 "Профилактика вирусного гепатита C", Рекомендациями по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом C, разработанными экспертной группы по вопросам вирусных гепатитов Минздрава России и направленными письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 сентября 2014 года N 17-00-6444.

2. Диспансерное наблюдение пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется на трех уровнях:

первый уровень - кабинеты инфекционных заболеваний (далее именуются - КИЗы). При отсутствии КИЗа первичную медико-санитарную помощь больным вирусными гепатитами оказывают врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) в рамках первичной медико-санитарной помощи;

второй уровень - региональные или территориальные (межрайонные) инфекционные кабинеты/отделения, в том числе Гепатологический центр на базе МУЗ "Городская больница N 1 им. Г.И. Дробышева";

третий уровень - кабинет инфекционных заболеваний клинико-диагностического отделения Клиники федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России (далее именуется - Гепатологический центр Клиники ЮУГМУ).

II. Первый уровень оказания медицинской помощи

1. Диспансерное наблюдение включает медицинский осмотр, лабораторные исследования и лечение пациентов при наличии медицинских показаний.

2. Диспансерному наблюдению подлежат лица:

1) переболевшие острым гепатитом B;

2) переболевшие острым гепатитом C;

3) переболевшие острым гепатитом D;

4) с хроническим гепатитом B (далее именуется - ХГB), в том числе с латентными формами ("Носители HBsAg" согласно статистической Форме 2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях", утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 20.12.2012 N 645 "Об утверждении статистического инструментария для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями и профилактическими прививками, деятельностью дезинфекционных организаций");

5) с хроническим гепатитом C (далее именуется - ХГC);

6) с хроническими гепатитами смешанной этиологии (обусловленные вирусами B и D; B и C; B, C и D);

7) с циррозами печени в исходе хронических вирусных гепатитов.

3. Диспансерное наблюдение за переболевшими острым гепатитом B (далее именуется - ОГB), острым гепатитом C (далее именуется - ОГC) осуществляется через 1, 3, 6 месяцев после выписки из стационара с целью контроля периода реконвалесценции, своевременного выявления пациентов с хроническим течением заболевания, выбора тактики этиотропной терапии.

4. Диспансерное наблюдение переболевших острыми парентеральными гепатитами включает:

1) медицинский осмотр (опрос на наличие характерных жалоб, анамнез заболевания, осмотр кожных покровов и слизистых, пальпаторное и перкуторное определение размеров печени и селезенки, определение их консистенции и болезненности);

2) анализ крови на билирубин (общий и прямой), аланиновую аминотрансферазу (далее именуется - АЛТ), аспарагиновую аминотрансферазу (далее именуется - АСТ), гамма-глютамилтранспептидазу (далее именуется - ГГТП), щелочную фосфатазу (далее именуется - ЩФ). Пациентам, перенесшим ОГC и не получавшим противовирусную терапию, рекомендуется исследование крови на наличие РНК вируса гепатита C (далее именуется - РНК ВГC) методом полимеразной цепной реакции (далее именуется - ПЦР) через 3 и 6 месяцев после установления диагноза;

3) ультразвуковое исследование (далее именуется - УЗИ) органов брюшной полости;

4) направление на второй и третий уровень для уточнения диагноза и возможности завершения диспансерного наблюдения через 3 и 6 месяцев для острого гепатита C и через 6 месяцев для острого гепатита B.

5. К критериям завершения диспансерного наблюдения пациентов, перенесших острый гепатит B и C, относятся:

1) переболевшие острым гепатитом B, которые заканчивают диспансерное наблюдение через 6 месяцев после выписки из стационара при отсутствии жалоб, удовлетворительных результатах медицинского осмотра, нормализации размеров печени, стабильно нормальных показателях биохимических проб (билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП), сероконверсии по HbsAg (появлении антител к HBsAg - anti-HBs);

2) переболевшие ОГC, у которых через 6 месяцев от появления первых клинических симптомов РНК ВГC не обнаруживается, считаются реконвалесцентами и подлежат динамическому наблюдению в течение 2 лет с обследованием на наличие РНК ВГC не реже одного раза в 6 месяцев. Через два года при отрицательных результатах всех вышеуказанных исследований исход заболевания расценивается как выздоровление, и диспансерное наблюдение прекращается;

3) в случае обнаружения РНК ВГC через 6 месяцев от начала заболевания устанавливается диагноз хронического гепатита C, по поводу которого продолжается диспансерное наблюдение.

6. При первичном обращении по поводу выявленных маркеров парентеральных гепатитов обследование включает:

1) медицинский осмотр;

2) уточнение данных эпидемиологического анамнеза, в том числе результатов предшествующего лабораторного обследования на маркеры вирусов гепатитов;

3) данные анамнеза жизни и болезни;

4) анализ крови на билирубин (общий и прямой), АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ;

5) развернутое серологическое исследование на маркеры вирусов гепатитов (anti-HAVIgG, HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, anti-HBc IgM, HBeAg, anti-HBe, anti-HDV, anti-HCV) (при наличии возможности выполнения);

6) определение генетического материала вирусов гепатита B и C методом ПЦР (качественное исследование), при наличии возможности выполнения;

7) обследование на ВИЧ-инфекцию;

8) ультразвуковое исследование (далее именуется - УЗИ) органов брюшной полости;

9) при наличии показаний возможна госпитализация в круглосуточный стационар.

7. После установления диагноза, в том числе определения стадии фиброза и генотипа вируса гепатита C (для больных с ХГC), пациент должен быть внесен в Регистр больных вирусными гепатитами (далее именуется - Регистр) с указанием генотипа ВГC, стадии фиброза, сведений о противовирусной терапии в анамнезе или на момент внесения в Регистр.

8. Актуализация сведений о взрослых больных парентеральными вирусными гепатитами в Регистре производится ежеквартально в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

9. Диспансерное наблюдение больных ХВГ и лицами, у которых при скрининге выявлены антитела к вирусу гепатита C (при отсутствии у них РНК вируса гепатита C), осуществляется не реже одного раза в 6 месяцев с проведением комплексного клинико-лабораторного обследования с обязательным исследованием плазмы крови на наличие РНК ВГC.

10. Лица с наличием антител к ВГC, у которых в крови отсутствует РНК ВГC при динамическом лабораторном обследовании в течение 2 лет с периодичностью не реже одного раза в 6 месяцев, в том числе после успешной противовирусной терапии, считаются реконвалесцентами и подлежат снятию с диспансерного наблюдения. Им устанавливается диагноз "Реконвалесцент вирусного гепатита C" или "Гепатит C, паст-инфекция". Дополнительно в диагнозе по окончании диспансерного наблюдения может быть указано, что данных за хронический гепатит C у больного нет.

11. Диспансерное наблюдение хроническими вирусными гепатитами с признаками биохимической и/или морфологической активности патологического процесса, продвинутого фиброза печени включает:

1) медицинский осмотр - 1 раз в 1 - 3 месяца в зависимости от результатов лабораторных исследований;

2) общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов;

3) анализ крови на билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП, глюкозу - 1 раз в 1 - 3 месяца в зависимости от результатов исследования;

4) анализ крови на - при ХГB 1 раз в год независимо от стадии фиброза, при ХГC у больных с фиброзом 4 стадии (далее именуется F4);

5) определение антител к вирусу гепатита D (antiHDV суммарные) при ХГB 1 раз в год;

6) обследование на ВИЧ-инфекцию 1 раз в год;

7) УЗИ органов брюшной полости - 1 раз в 6 - 12 месяцев;

8) направление на консультацию на второй и/или третий уровень 1 раз в 6 месяцев.

12. При отсутствии признаков биохимической и/или морфологической активности диспансерное наблюдение больных (в том числе "неактивных носителей HBV") проводится 1 раз в 6 - 12 месяцев и включает:

1) медицинский осмотр;

2) общий анализ крови;

3) анализ крови на билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП;

4) УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год;

5) обследование на ВИЧ-инфекцию 1 раз в год;

6) кратность и объем лабораторных исследований могут быть расширены по медицинским показаниям.

13. Объем лабораторных исследований по медицинским показаниям может быть расширен (ФГДС, мультиспиральная компьютерная томография и другие).

14. В процессе диспансерного наблюдения пациенты информируются в установленном законодательством Российской Федерации порядке о потенциальной опасности, которую они представляет для окружающих, механизмах заражения, путях передачи инфекции, мерах по профилактике заражения вирусными гепатитами.

15. Осуществляется вакцинация больных ХГC против гепатитов B и A (при отсутствии в сыворотке крови антител класса G к вирусу гепатита A - antiHAV IgG), больных ХГB - против гепатита A (при отсутствии antiHAV IgG). Больные в возрасте до 30 лет могут прививаться против гепатита A без предварительного обследования на antiHAV IgG.

III. Второй уровень оказания медицинской помощи

1. Консультативно-диагностическая и лечебная помощь реконвалисцентам парентеральных вирусных гепатитов и больным ХВГ осуществляется в соответствии со схемой маршрутизации больных парентеральными вирусными гепатитами медицинских организаций муниципальных образований Челябинской области, утвержденной настоящим приказом.

2. Консультация реконвалесцентов острого гепатита C (далее именуется - ОГC) осуществляется через 3 и 6 месяцев по направлению медицинских организаций первого уровня. При обнаружении РНК ВГC через 3 месяца от начала заболевания рекомендуется исследование на генотип вируса (если не был определен ранее) для принятия решения о проведении противовирусной терапии по схемам, рекомендованным для лечения ОГC.

3. Консультация реконвалесцентов парентеральных гепатитов проводится перед окончанием диспансерного наблюдения для решения вопроса о наличии или отсутствии хронизации процесса.

4. Пациенты, переболевшие острым гепатитом B, у которых через 6 месяцев в крови сохраняется HbsAg, обследуются на ДНК вируса гепатита B (далее именуется - ДНК ВГB) методом ПЦР.

5. В случае подтверждения хронизации гепатита рекомендуется продолжить диспансерное наблюдение пациента согласно алгоритму наблюдения больных ХВГ.

6. Консультация больных ХВГ в Гепатологических центрах второго уровня осуществляется один раз в 6 - 12 месяцев.

7. Из медицинских организаций первого уровня больные направляются на консультацию с актуальными результатами исследований (общий анализ крови с тромбоцитами, билирубин (прямой и общий), АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, международное нормализованное соотношение (МНО) (при возможности выполнения), маркеры вирусных гепатитов, ИФА на ВИЧ, УЗИ брюшной полости, ФГДС и другие (при наличии)).

8. Наблюдение в Гепатологических центрах второго уровня рекомендовано отдельным категориям больных: со второй и более стадией фиброза, в том числе с вирусными циррозами печени, с быстрым прогрессированием заболевания, при наличии внепеченочных проявлений, тяжелой сопутствующей соматической патологии, ранее не ответившим на противовирусную терапию.

9. После установления диагноза, в том числе определения стадии фиброза и генотипа ВГC (для больных с ХГC), сведения о пациентах, наблюдающихся на втором уровне, должны быть внесены в Регистр с указанием генотипа ВГC и стадии фиброза.

10. Для пациентов, наблюдающихся на втором уровне, кратность диспансерного наблюдения и базовое обследование аналогичны первому уровню.

11. Дополнительно к базовому обследованию выполняется:

1) генотипирование вируса гепатита C, перед началом противовирусной терапии - определение вирусной нагрузки;

2) определение уровня вирусной нагрузки при ХГB в динамике (через 3 - 6 месяцев) для решения вопроса о необходимости назначения противовирусной терапии;

3) при выявлении антител к вирусу D - определение РНК вируса гепатита D (РНК HDV) методом ПЦР;

4) определение генотипа больного по гену интерлейкина-28 (IL-28B) при ХГC, вызванном вирусом 1 генотипа, для уточнения предпочтительной схемы противовирусной терапии на основе интерферонов (по показаниям);

5) госпитализацию в дневной или круглосуточный стационар по медицинским показаниям;

6) кратность и объем лабораторных исследований по медицинским показаниям могут быть расширены (пункционная биопсия печени, исследование аутоиммунных маркеров и прочие).

12. На втором уровне оказания медицинской помощи осуществляется назначение противовирусной терапии ХГC (далее именуется - ПВТ ХГC):

стандартной двойной противовирусной терапии (интерфероны/пегилированные интерфероны в сочетании с рибавирином) с обследованием перед началом противовирусной терапии, мониторингом ее эффективности и безопасности;

тройной терапии с применением препаратов прямого противовирусного действия;

безинтерфероновыми комбинациями препаратов прямого противовирусного действия.

13. При назначении и проведении противовирусной терапии необходимо руководствоваться актуальными рекомендациями по лечению ХВГ.

14. Решение о досрочном прекращении противовирусной терапии принимается в связи с ее неэффективностью по результатам вирусологического мониторинга или по медицинским показаниям.

15. Эффективность ПВТ оценивается по достижении устойчивого вирусологического ответа через 12 и 24 недели (далее именуется - УВО 12 и 24) после окончания лечения.

16. После окончания курса противовирусной терапии пациенты продолжают диспансерное наблюдение до 2 лет с периодичностью наблюдения через 12 и 24 недели (определение устойчивого вирусологического ответа (УВО 12 и 24); далее не реже 1 раза в 6 месяцев с определением РНК ВГC. В этот период программа диспансерного наблюдения включает также при каждом обращении: медицинский осмотр, исследование биохимических показателей, общий анализ крови, УЗИ органов брюшной полости.

17. Для определения стадии фиброза неинвазивными методами пациенты (методом ультразвуковой транзиентной эластометрии (Фиброскан) пациенты направляются на третий уровень в Гепатологический центр Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ.

18. Через 2 года после завершения курса ПВТ пациент с устойчивым вирусологическим ответом снимается с диспансерного наблюдения как реконвалесцент вирусного гепатита C при отсутствии жалоб, стойко нормальных показателях биохимических проб, отрицательных результатах ПЦР с интервалом не реже 1 раза в 6 месяцев.

19. В случае неудачи противовирусной терапии (рецидив, частичный ответ, отсутствие ответа на лечение) пациенты продолжают наблюдение как больные ХГC.

20. Пациентам с вирусными циррозами печени устанавливается класс тяжести цирроза по шкале Чайльд-Таркотт-Пью. Периодичность диспансерного наблюдения таких пациентов, необходимость госпитализации определяются врачом-инфекционистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, в зависимости от клинического течения заболевания и класса цирроза.

21. Программа обследования пациентов с вирусными циррозами печени включает:

1) общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов при каждом обращении;

2) биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин, глюкоза, мочевина, креатинин, общий белок, белковые фракции), протромбиновый индекс (далее - ПТИ) и/или МНО при каждом обращении;

3) кровь на - не реже 1 раза в год;

4) ФГДС при отсутствии противопоказаний - 1 раз в 1 - 2 года;

5) УЗИ органов брюшной полости - не реже 2-х раз в год;

6) гормоны щитовидной железы (по клиническим показаниям);

7) консультацию врача-хирурга (для решения вопроса о хирургическом лечении варикозно расширенных вен пищевода, трансплантации печени) - по клиническим показаниям;

8) определение показаний к противовирусной терапии и выбор оптимальной схемы лечения;

9) при необходимости - включение в лист ожидания трансплантации печени.

22. Пациенты вирусными циррозами печени находятся под диспансерным наблюдением пожизненно, в том числе после успешной противовирусной терапии.

23. К показаниям для госпитализации больных хроническими вирусными заболеваниями печени в инфекционные отделения Клиники федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации" (далее именуется - Клиника ЮУГМУ), МУЗ "Городская больница N 1 им. Г.И. Дробышева" в том числе относятся:

1) хронические вирусные гепатиты B, C, D, смешанной этиологии (код МКБ - B18 - B18.9):

- впервые выявленные с умеренной или высокой активностью трансаминаз - для уточнения диагноза;

- высокой степени активности;

- умеренной степени активности при наличии клинических проявлений и необходимости круглосуточного наблюдения, а также у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией;

- при наличии впервые выявленного инструментальными методами выраженного фиброза (F3 - F4) для уточнения диагноза вне зависимости от степени активности;

- с целью подготовки и начала противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом C с выраженным фиброзом и циррозом печени, а также у больных в возрасте старше 60 лет и/или серьезной соматической патологией;

- коррекция нежелательных явлений при проведении ПВТ при необходимости круглосуточного наблюдения независимо от стадии фиброза печени;

- клинически значимые внепеченочные проявления;

2) гепатиты предположительно вирусной этиологии (код МКБ B19) с целью уточнения диагноза;

3) циррозы печени вирусной этиологии (K 74.6):

- впервые выявленные - для уточнения диагноза, в том числе класса тяжести цирроза печени и показаний к противовирусной терапии;

- для начала противовирусной терапии - класс A по Чайльд-Пью (не более 6 баллов) и класс B безинтерфероновыми схемами терапии;

- коррекция нежелательных явлений при проведении противовирусной терапии при необходимости круглосуточного наблюдения;

- декомпенсация цирроза печени.

23. Показания для госпитализации больных хроническими вирусными заболеваниями печени в дневной стационар Клиники ЮУГМУ, МУЗ "Городская больница N 1 им. Г.И. Дробышева" в том числе являются:

1) повышение уровня трансаминаз до 3 - 6 норм;

2) повышение уровня трансаминаз до 7 - 8 норм (при невозможности госпитализации в круглосуточный стационар и удовлетворительном состоянии пациента);

3) первичное обследование пациентов при обнаружении маркеров парентеральных вирусных гепатитов, наличии жалоб и/или фиброза 3 - 4 стадии;

4) признаки временной нетрудоспособности у пациентов, в результате развития нежелательных явлений на противовирусную терапию, не требующие круглосуточного наблюдения;

5) компенсированный цирроз печени вирусной этиологии при наличии жалоб, не нуждающийся в круглосуточном наблюдении;

6) реконвалесценты острых вирусных гепатитов, при повышении уровня трансаминаз до 3 - 5 норм и/или ухудшении самочувствия;

7) противовирусная терапия хронического гепатита C, вызванного вирусом генотипов 2 и 3, при отсутствии фиброза или фиброза 1 и 2 стадии, препаратами стандартных интерферонов альфа-2 и рибавирином (общая продолжительность терапии 24 недели). Курс лечения предусматривает шесть последовательных госпитализаций продолжительностью 28 дней, каждая из которых считается законченным случаем в связи с окончанием определенного этапа лечения, связанного с оценкой эффективности и безопасности противовирусной терапии;

8) противовирусная терапия хронического гепатита C, вызванного вирусом 2 и 3 генотипа с компенсированным циррозом печени (общая продолжительность терапии 24 недели при лечении пегилированными интерферонами в сочетании с рибавирином или безинтерфероновыми схемами, содержащими препараты прямого противовирусного действия). Курс лечения предусматривает шесть последовательных госпитализаций продолжительностью 28 дней, каждая из которых считается законченным случаем в связи с окончанием определенного этапа лечения, связанного с оценкой эффективности и безопасности противовирусной терапии;

9) противовирусная терапия хронического гепатита C, вызванного вирусом 1 и 4 генотипа с компенсированным циррозом печени 12 недель, препаратами прямого противовирусного действия (безинтерфероновые схемы лечения). Курс лечения предусматривает три последовательных госпитализации продолжительностью 28 дней, каждая из которых считается законченным случаем в связи с окончанием определенного этапа лечения, связанного с оценкой эффективности и безопасности противовирусной терапии.

IV. Третий уровень оказания медицинской помощи

1. Пациент из медицинской организации направляется на консультативный прием в Гепатологический центр Клиники ЮУГМУ согласно схеме прикрепления 1 раз в 6 - 12 месяцев, где для уточнения диагноза, стадии фиброза, определения показаний к противовирусной терапии, дальнейшей тактики диспансерного наблюдения выполняется необходимый спектр дополнительных лабораторно-инструментальных исследований (молекулярные методы, ультразвуковая транзиентная эластометрия (ФиброСкан), Фибротест для отдельных категорий больных для уточнения стадии фиброза, проведение вирусной нагрузки для пациентов с хроническим гепатитом B и C, определение криоглобулинов, генетических и онкомаркеров, пункционная биопсия печени по показаниям).

2. На третьем уровне осуществляется работа комиссии при Министерстве здравоохранения Челябинской области по отбору взрослых пациентов для назначения противовирусных препаратов в рамках государственной программы "Развитие здравоохранения Челябинской области", утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 28.11.2014 N 644-П, в медицинских организациях третьего уровня (далее именуется - Комиссия).

3. В рамках работы Комиссии производится отбор пациентов, остро нуждающихся в назначении противовирусной терапии, определение оптимальных схем лечения.

4. Противовирусная терапия больных с циррозом печени на втором уровне должна быть согласована со специалистами Гепатологического центра Клиники ЮУГМУ.

5. Назначение противовирусной терапии больным с вирусными циррозами класса B и C осуществляется только на третьем уровне.

К показаниям назначения противовирусной терапии хронических гепатитов B и C в рамках государственной программы Челябинской области "Развитие здравоохранения Челябинской области", утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 28 ноября 2014 года N 644-П, в том числе относятся:

1) при хроническом гепатите C противовирусная терапия (далее именуется - ПВТ) назначается только пациентам с выраженным фиброзом (F3 - F4 по шкале Metavir), а также больным с выраженными внепеченочными проявлениями независимо от стадии фиброза. При четвертой стадии фиброза ПВТ назначается только больным с компенсированными циррозами печени (класс A по Чайльд-Пью, 5 - 6 баллов) и отдельным больным с классом B (безинтерфероновые схемы терапии);

2) при хроническом гепатите B противовирусная терапия нуклеозтидными аналогами назначается: больным с циррозом печени (компенсированным, декомпенсированным) при наличии любой определяемой вирусной нагрузки, больным с фиброзом F2 и выше, повышенным уровнем АЛТ и вирусной нагрузкой ДНК вируса гепатита B более 2000 МЕ/мл;

3) ПВТ назначается медицинским работникам с доказанным профессиональным заражением (необходимо предоставление всех подтверждающих документов) хроническими вирусными гепатитами;

4) противовирусная терапия (схема, продолжительность и очередность лечения) назначается решением Комиссии после рассмотрения первичной медицинской документации, представленной лечащим врачом третьего уровня;

5) на заседании Комиссии утверждается перечень пациентов с хроническими гепатитами B и C, получающих ПВТ в рамках государственной программы Челябинской области "Развитие здравоохранения Челябинской области", утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 28 ноября 2014 года N 644-П;

6) перед началом ПВТ ХГC на основе интерферонов пациентам необходимо пройти обследование.План обследования пациента перед началом интерферонсодержащих схем противовирусной терапии:

I уровень оказания медицинской помощи:

1) анамнез заболевания (для пациентов с опытом противовирусной терапии - анализ ответа на предшествующий курс лечения);

2) наследственность и вредные привычки;

3) физикальное обследование;

4) общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов;

5) биохимические показатели сыворотки крови: общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, глюкоза, креатинин, альбумин, натрий, калий, ПТИ или МНО;

6) общий анализ мочи;

7) УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

8) рентгенологическое исследование легких;

9) электрокардиограмма.

II уровень оказания медицинской помощи:

1) исследование крови на РНК ВГC с определением генотипа вируса гепатита C;

2) кровь на антитела к ВИЧ, HBsAg методом ИФА;

3) осмотр офтальмолога (с осмотром глазного дна);

4) https://api.docs.cntd.ru/img/44/61/22/50/9/5a20a944-03de-491d-8406-1b3e28dade01/P001A0000.gif;

5) уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к пероксидазе тиреоцитов в крови;

6) УЗИ щитовидной железы по показаниям;

7) вирусной нагрузки (не более чем за 30 дней до начала терапии);

8) уровень гликированного гемоглобина, липидограмма по показаниям.

III уровень оказания медицинской помощи:

1) оценка стадии заболевания печени (выраженность фиброза) - ультразвуковая транзиентная эластометрия, сывороточные биомаркеры фиброза (Фибротест и другие) или ПБП;

2) исследование вирусной нагрузки (не более чем за 30 дней до начала терапии);

3) ФГДС по показаниям (для больных с циррозом печени - обязательна);

4) заключение профильных специалистов при наличии сопутствующей патологии.

Порядок получения больными парентеральными вирусными гепатитами противовирусных препаратов

1) получение противовирусных препаратов из аптечной организации, отвечающей за поставку и хранение противовирусных препаратов, обеспечивается Клиникой ЮУГМУ;

2) заявка на получение противовирусных препаратов регулярно составляется членом Комиссии (заведующей Гепатологическим центром Клиники ЮУГМУ) на основании утвержденного Комиссией списка пациентов с парентеральными вирусными гепатитами;

3) противовирусные препараты назначаются лечащими врачами Гепатологического центра Клиники ЮУГМУ, рецепты на противовирусные препараты выписываются лечащими врачами пациентам с хроническими парентеральными вирусными гепатитами в двух экземплярах, один из которых хранится в первичной медицинской документации пациента (медицинская карта амбулаторного больного).

Утверждена  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Челябинской области  
от 13 декабря 2016 года N 2111

Схема маршрутизации больных парентеральными вирусными гепатитами в медицинские организации Челябинской области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| N п/п | Медицинская организация | Муниципальные образования |
| 2 уровень оказания медицинской помощи | | |
| 1. | Муниципальное учреждение здравоохранения "Городская больница N 1 им. Г.И. Дробышева" | Агаповский муниципальный район Нагайбакский муниципальный район Верхнеуральский муниципальный район Кизильский муниципальный район Варненский муниципальный район Брединский муниципальный район Карталинский муниципальный район Магнитогорский городской округ |
| 2. | Клиника федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации" | Локомотивный городской округ Чесменский муниципальный район Челябинский городской округ Сосновский муниципальный район Кыштымский городской округ Троицкий городской округ Агаповский муниципальный район Аргаяшский муниципальный район Копейский городской округ Увельский муниципальный район Южноуральский городской округ Златоустовский городской округ Уйский муниципальный район Кунашакский муниципальный район Чебаркульский городской округ Чебаркульский муниципальный район Еткульский муниципальный район Еманжелинский муниципальный район Миасский городской округ Красноармейский муниципальный район Троицкий муниципальный район Саткинский муниципальный район Карабашский городской округ Кусинский муниципальный район Коркинский муниципальный район Ашинский муниципальный район Пластовский муниципальный район Октябрьский муниципальный район Катав-Ивановский муниципальный район Каслинский муниципальный район Верхнеуфалейский городской округ Нязепетровский муниципальный район |
| 3 уровень оказания медицинской помощи | | |
| 1. | Клиника федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации" | Все медицинские организации муниципальных образований |

Утвержден  
приказом  
Министерства здравоохранения  
Челябинской области  
от 13 декабря 2016 года N 2111

Состав комиссии при Министерстве здравоохранения Челябинской области по отбору взрослых пациентов для назначения противовирусных препаратов в рамках государственной программы "Развитие здравоохранения Челябинской области", утвержденной [постановлением Правительства Челябинской области от 28.11.2014 N 644-П](https://docs.cntd.ru/document/430506091), в медицинских организациях третьего уровня

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Сахарова В.В. | - | заместитель Министра здравоохранения Челябинской области, председатель комиссии |
| Кадникова Т.Н. | - | заведующий инфекционным кабинетом клинико-диагностического отделения Клиники федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации", секретарь комиссии (по согласованию) |
| Киселева О.А. | - | начальник управления организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Челябинской области |
| Орлова С.С. | - | главный специалист отдела специализированной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения управления организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Челябинской области |
| Сагалова О.И. | - | главный внештатный специалист инфекционист Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий инфекционным отделением N 2 Клиники федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации" |
| Стенько Е.А. | - | заведующий инфекционным отделением Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения "Городская клиническая больница N 8" (по согласованию) |
| Яворская О.В. | - | начальник отдела профилактики управления организации медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Челябинской области |