

Приложение № 1
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 20.01.2015 № 33-орл

**Диспансерное наблюдение и обследование пациентов
в связи с хроническими вирусными гепатитами В и С**

№ п/п	Медицинская манипуляция	Кратность проведения медицинской манипуляции
1	Физикальные исследования	1 раз в 12 месяцев
2	Биохимическое исследование: аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий билирубин и его фракции, общий белок и его фракции, железо, глюкоза, амилаза, креатинин	1 раз в 12 месяцев, при наличии цирроза и сопутствующих болезней кратность определяется индивидуально
3	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы (абсолютное количество нейтрофилов) и тромбоцитов	
4	Общий анализ мочи	
5	Альфа-фетопроtein	1 раз в 12 месяцев, при повышении показателя назначается ультразвуковое исследование печени
6	Гамма-глобулин, иммуноглобулины класса G (скрининг аутоиммунного гепатита)	однократно, при измененных показателях кратность обследования определяется индивидуально
7	Тиреотропный гормон	однократно, при измененных показателях кратность обследования определяется индивидуально
8	Ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства	1 раз в 12 месяцев, при появлении признаков портальной гипертензии кратность обследования определяется индивидуально
9	Эзофагогастродуоденоскопия	по медицинским показаниям, особое значение исследование имеет у пациентов с циррозом печени с целью выявления и (или) определения состояния вен пищевода и (или) желудка

Приложение № 2
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 20.01.2015 № 33 - оп

**Сведения о пациенте с хроническим вирусным гепатитом В или С,
направляемые краевым государственным учреждением
здравоохранения в краевое государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики
и борьбы со СПИД»**

1	Фамилия, имя, отчество	
2	Дата рождения	
3	Пол	
4	Место работы, специальность	
5	Адрес (место жительства)	
6	Диагноз	
7	Вес в килограммах	
8	Стадия фиброза печени по Metavir (0,1,2,3,4)	
9	Уровень вирусной нагрузки вирусного гепатита С*	
10	Генотип (1, 2, 3) вирусного гепатита С *	
11	Уровень вирусной нагрузки вирусного гепатита В**	

* сведения предоставляются только в отношении пациента с хроническим вирусным гепатитом С

** сведения предоставляются в отношении пациента с хроническим вирусным гепатитом В с уровнем вирусной нагрузки выше 2000 МЕ/мл

Заместитель
министра здравоохранения
Красноярского края



Д.В. Попов

10	Диагностика фиброза	1 раз в 5-6 лет пункционная биопсия или неинвазивная диагностика 1 раз в 12 месяцев
11	HBs антиген *	однократно, или 1 раз в 12 месяцев у непривитых против гепатита В
12	Антитела к вирусу гепатита Д (анти – ВГД)*	однократно, при положительном результате исследования на HBs антиген
13	РНК ВГС (качественное и количественное определение) *	однократно при постановке на учет, при отрицательном результате качественного анализа количественный анализ не проводится
14	Определение генотипа вирусного гепатита С *	однократно при постановке на учет, при положительном качественном результате исследования на РНК ВГС
15	ДНК ВГВ (количественное определение)**	однократно при постановке на учет

* для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С

** для пациентов с хроническим вирусным гепатитом В

Заместитель
министра здравоохранения
Красноярского края



Д.В. Попов

Приложение № 3
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края

от 20.01.2015 № 33-орл

**Перечень
краевых государственных учреждений здравоохранения,
осуществляющих противовирусное лечение пациентов в связи
с хроническими вирусными гепатитами В и С (ХВГ)**

Наименование краевого государственного учреждения здравоохранения	Категории пациентов, противовирусное лечение которых осуществляется краевым государственным учреждением здравоохранения
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная больница № 3»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие в Свердловском районе города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная больница № 5»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие на территории обслуживания Ленинского района города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская городская поликлиника № 4»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие на территории обслуживания Октябрьского района города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская городская поликлиника № 14»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие на территории обслуживания Советского района города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная больница № 2»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие на территории обслуживания Советского района города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская городская поликлиника № 7»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие в Железнодорожном районе города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская городская поликлиника № 12»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие на территории обслуживания Ленинского района города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская городская поликлиника № 6»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие на территории обслуживания Ленинского района города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная поликлиника № 1»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие в Кировском районе города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная поликлиника № 5»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие на территории обслуживания Центрального района города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская городская поликлиника № 2»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие на территории обслуживания Октябрьского района города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой	дети с ХВГ, проживающие во всех муниципальных районах и городских округах,

клинический центр охраны материнства и детства»	кроме города Красноярска
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона»	дети с ХВГ, проживающие в городе Красноярск; взрослые пациенты с ХВГ, проживающие в городе Красноярск, состоящие на диспансерном наблюдении по данному заболеванию в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона» и нуждающиеся в лечении прямыми противовирусными препаратами гепатита С
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие в городе Красноярск, состоящие на диспансерном наблюдении по данному заболеванию в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница» и нуждающиеся в лечении прямыми противовирусными препаратами гепатита С
краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со СПИД»	взрослые пациенты с ХВГ, проживающие в Ачинском, Минусинском районе, городах Ачинск, Минусинск; взрослые пациенты с ХВГ, проживающие в городе Красноярск и нуждающиеся в лечении прямыми противовирусными препаратами гепатита С

Примечание: Лечение пациентов с ХВГ, проживающих в муниципальных районах и городских округах, не перечисленных в таблице, осуществляется в краевых государственных учреждениях здравоохранения по месту их проживания.

Заместитель
министра здравоохранения
Красноярского края



Д.В. Попов

Приложение № 4
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края

от 20.01.2015 № 33-ср

**Форма листа наблюдения за лечением пациента с хроническими
вирусным гепатитом В или С**

Фамилия, имя, отчество пациента _____
 Диагноз: _____ Генотип _____ Степень фиброза _____
 Полных лет _____ Рост _____ Вес _____ Схема терапии _____
 Дата начала лечения _____ Дата окончания лечения (причина*) _____
 Длительность лечения в неделях _____ Фамилия, имя, отчество врача _____

Обследование	Перед началом лечения	Период лечения						24 недели после окончания лечения
		4 недели	8 неделя	12 неделя	24 недели	36 неделя	48 неделя	
Вес в килограммах								
Аланинаминотранс- фераза								
АЧН**								
Гемоглобин								
Тромбоциты								
РНК ВГС *** качественный у пациентов с гепатитом С								
РНК ВГС*** количественный у пациентов с гепатитом С			X		X	X	X	X
ДНК ВГВ*** количественный у пациентов с гепатитом В		X	X			X		
Доза интерферона/ рибавирина	X							
Нежелательные явления, повлекшие изменения стандартной дозы	X							

* указать причину окончания лечения

** абсолютное число нейтрофилов

*** давность исследования не более чем за 3 месяца до начала лечения

Примечание: определение абсолютного числа нейтрофилов, тромбоцитов, уровня гемоглобина необходимо выполнять не более чем за 2 недели до начала лечения, через 2 и 4 недели от начала лечения, далее 1 раз в 4 недели.

Заместитель
министра здравоохранения
Красноярского края



Д.В. Попов