

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З**

 от № 276\_\_\_\_\_\_

 г. Саратов

|  |
| --- |
| **О маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в Саратовской области**  |

На основании постановления Правительства Саратовской области от 01.11.2007 № 386-П «Вопросы министерства здравоохранения Саратовской области», в целях совершенствования оказания медицинской помощи взрослым пациентам с парентеральными вирусными гепатитами в Саратовской области, и во исполнение санитарных правил и норм 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 31.01.2012 № 69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», Клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Хронический вирусных гепатит С», «Хронический вирусный гепатит D»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1 алгоритм диспансерного наблюдения взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами (приложение № 1);

1.2 схему маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами (приложение № 2);

1.3 состав комиссии по отбору взрослых пациентов для назначения противовирусных препаратов в рамках государственной программы Саратовской области «Развитие здравоохранения Саратовской области», программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (приложение № 3).

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Саратовской области организовать диспансерное наблюдение пациентов с парентеральными вирусными и направление в специализированные медицинские организации в соответствии приложениями № 2, № 3.

3. Настоящий приказ подлежит опубликованию в средствах массовой информации.

 4. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на председателя комитета организации медицинской помощи взрослому населению министерства здравоохранения Саратовкой области Ермолаеву О.В.

**Министр О.Н. Костин**

Согласовано:

Первый заместитель министра

здравоохранения Е.А. Степченкова

Заместитель министра

здравоохранения А.М. Выкова

Председатель комитета

организации медицинской

помощи взрослому населению О.В. Ермолаева

Начальник отдела

правового обеспечения Т.А. Овчинникова

Сабаева Е.А. 67-06-30

Рамазанова К.Х. 39-28-36

Приложение № 1 к приказу министерства

здравоохранения области

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Алгоритм диспансерного наблюдения взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами

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

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

 второй уровень - областной консультативно-диагностический центр инфекционных заболеваний на базе ГУЗ «СГКБ № 2 им.В.И.Разумовского»;

третий уровень - ГУЗ «СОИКБ имени Н.Р. Иванова».

**I. Первый уровень оказания медицинской помощи:** Диспансерное наблюдение включает медицинский осмотр, лабораторные исследования и лечение пациентов при наличии медицинских показаний.

Диспансерному наблюдению подлежат лица:

переболевшие острым гепатитом B (далее - ОГВ);

переболевшие острым гепатитом C (далее - ОГС);

переболевшие острым гепатитом D (далее - ОГD);

с хроническим гепатитом B (далее - ХГВ), в том числе с латентными формами (носители HBsAg);

с хроническим гепатитом C (далее - ХГC);

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

с циррозами печени в исходе хронических вирусных гепатитов.

Диспансерное наблюдение за переболевшими острым гепатитом B (далее - 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.

Диспансерное наблюдение переболевших острыми парентеральными гепатитами включает:

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);

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

ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов брюшной полости,

направление на второй и третий уровень для уточнения диагноза и возможности завершения диспансерного наблюдения осуществляется через 3 и 6 месяцев для ОГС и через 6 месяцев для ОГВ.

### К категориям пациентов, перенесших острый гепатит B и C, у которых может быть завершено диспансерного наблюдения, относятся:

### переболевшие ОГВ, 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);

### 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;

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

### При первичном обращении по поводу выявленных маркеров парентеральных гепатитов необходимое обследование должно включать:

### медицинский осмотр пациента;

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

### данные анамнеза жизни и болезни;

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

### 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);

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

### обследование на ВИЧ-инфекцию;

### УЗИ органов брюшной полости;

### при наличии показаний возможна госпитализация в круглосуточный стационар.

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

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

### Диспансерное наблюдение больных ХВГ и лиц, 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.

###  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.

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

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

### общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов;

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

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

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

### обследование на ВИЧ-инфекцию 1 раз в год;

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

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

### 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:

###  медицинский осмотр;

### общий анализ крови;

### анализ крови на билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТП;

### УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год;

### обследование на ВИЧ-инфекцию 1 раз в год;

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

### Объем лабораторных исследований по медицинским показаниям может быть расширен (ФГДС, мультиспиральная компьютерная томография и другие). В процессе диспансерного наблюдения пациенты информируются в установленном порядке о потенциальной опасности, которую они представляют для окружающих, механизмах заражения, путях передачи инфекции, мерах по профилактике заражения вирусными гепатитами.

### Осуществляется вакцинация больных ХГC против гепатита B.

### **II. Второй уровень оказания медицинской помощи:**

### Консультативно-диагностическая и лечебная помощь реконвалисцентам парентеральных вирусных гепатитов и больным ХВГ осуществляется в соответствии со схемой маршрутизации больных парентеральными вирусными гепатитами (приложение № 2).

Консультация реконвалесцентов 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.

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

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.

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

Консультация больных ХВГ в Областном консультативно-диагностическом центре инфекционных заболеваний второго уровня осуществляется один раз в 6 - 12 месяцев в зависимости от этиологии гепатита и состояния функции печени.

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 (далее -МНО) (при возможности выполнения), маркеры вирусных гепатитов, ИФА на ВИЧ, УЗИ брюшной полости, ФГДС и другие (при наличии)).

Наблюдение в Областном консультативно-диагностическом центре инфекционных заболеваний второго уровня рекомендовано следующим категориям больных: с любой стадией фиброза печени, 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.

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.

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

Дополнительно к базовому обследованию выполняется:

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

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

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

для определения стадии фиброза неинвазивными методами пациенты (методом ультразвуковой транзиентной эластометрии);

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

На втором уровне осуществляется работа комиссии по отбору взрослых пациентов для назначения противовирусных препаратов в рамках государственной программы Саратовской области «Развитие здравоохранения Саратовской области», программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Решения комиссии по отбору взрослых пациентов для назначения противовирусных препаратов в рамках государственной программы Саратовской области «Развитие здравоохранения Саратовской области», программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи оформляются протоколами.

Показания назначения противовирусной терапии хронических гепатитов B и C в рамках государственной программы Саратовской области «Развитие здравоохранения Саратовской области», программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

при хроническом гепатите C противовирусная терапия назначается пациентам, проживающим в отдаленных от центра районах области и не имеющих возможности получать терапию в инфекционном дневном стационаре;

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;

беременным женщинам с хроническим гепатитом В, при уровне вирусной нагрузки ДНК вируса гепатита В более 200 000 МЕ/мл с целью профилактики вертикального пути передачи вируса гепатита В;

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

противовирусная терапия (схема, продолжительность и очередность лечения) назначается решением Комиссии по отбору взрослых пациентов для назначения противовирусных препаратов в рамках государственной программы Саратовской области «Развитие здравоохранения Саратовской области», программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи после рассмотрения первичной медицинской документации, представленной лечащим врачом второго уровня, частота заседаний 1 раз в месяц.

На втором уровне оказания медицинской помощи осуществляется назначение противовирусной терапии ХГC безинтерфероновыми комбинациями препаратов прямого противовирусного действия.

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

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

Эффективность ПВТ оценивается по достижении устойчивого вирусологического ответа через 12 и 24 недели после окончания лечения.

После окончания курса противовирусной терапии пациенты продолжают диспансерное наблюдение до 2 лет с периодичностью наблюдения через 12 и 24 недели (определение устойчивого вирусологического ответа 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.

Через 2 года после завершения курса противовирусной терапии 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, а также отсутствием фиброза F3 и F4, а также цирроза печени.

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

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.

Программа обследования пациентов с вирусными циррозами печени включает:

общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов при каждом обращении;

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

кровь на альфа-фетопротеин - не реже 1 раза в год;

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

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

гормоны щитовидной железы (по клиническим показаниям);

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

определение показаний к противовирусной терапии и выбор оптимальной схемы лечения;

при необходимости - включение в лист ожидания трансплантации печени. Пациенты с вирусными циррозами печени находятся под диспансерным наблюдением пожизненно, в том числе после успешной противовирусной терапии.

Показаниями для госпитализации больных хроническими вирусными заболеваниями печени в инфекционный дневной стационар Областного консультативно-диагностического центра инфекционных заболеваний являются:

необходимость проведения противовирусной терапии хронического гепатита C, вызванного вирусом генотипов 2 и 3, при любом уровне фиброза печени или компенсированного /субкомпенсированного цирроза печени пангенотипными препаратами прямого противовирусного действия (общая продолжительность терапии 8-12 недель). Курс лечения предусматривает две или 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;

необходимость проведения противовирусной терапии хронического гепатита C, вызванного вирусом 1 и 4 генотипа с любой степенью фиброза и компенсированным/субкомпкнсированным циррозом печени 8-12 недель генотип-специфическими или пангенотипными схемами с использованием препаратов прямого противовирусного действия (безинтерфероновые схемы лечения). Курс лечения предусматривает две или 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;

необходимость проведения противовирусной терапии хронического гепатита С вызванного вирусом 1, 2, 3, 4 генотипов, ранее получавших лечение интерферон-содержащими или безинтерфероновыми схемами и не достигших устойчивого вирусологического ответа препаратами прямого противовирусного действия (общая продолжительность терапии 12-16-24 недели в зависимости от генотипа и предыдущей схемы лечения). Курс лечения предусматривает три, четыре или 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.

План обследования пациента перед началом безинтерфероновых схем противовирусной терапии:

На первом уровень оказания медицинской помощи:

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

наследственность и вредные привычки;

физикальное обследование;

общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов;

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

общий анализ мочи;

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

рентгенологическое исследование легких;

электрокардиограмма.

РНК ВГС (качественный тест).

На втором уровне оказания медицинской помощи:

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

кровь на антитела к ВИЧ, сифилис, HBsAg, anti-HBc суммарные, anti HDV, anti-HAV методом ИФА;

осмотр офтальмолога (с осмотром глазного дна);

кровь на альфа-фетопротеин;

УЗИ щитовидной железы по показаниям;

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

общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов (не более чем за 10 дней до начала терапии);

биохимические показатели сыворотки крови: общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, глюкоза, креатинин, альбумин (не более чем за 10 дней до начала терапии);

коагулограмма крови (АЧТВ, ПТИ) (не более чем за 10 дней до начала терапии);

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

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

заключение профильных специалистов при наличии сопутствующей патологии.

### **III. Третий уровень оказания медицинской помощи:**

К показаниям для госпитализации больных хроническими вирусными заболеваниями печени в инфекционные отделения относятся:

1. Хронические вирусные гепатиты B, C, D, смешанной этиологии (код МКБ - B18 - B18.9), в том числе:

впервые выявленные с умеренной или высокой активностью печеночных 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;

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;

декомпенсация цирроза печени.

Приложение № 2 к приказу министерства

здравоохранения области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Схема маршрутизации**

**больных парентеральными вирусными гепатитами**

|  |  |
| --- | --- |
| Первый уровень оказания медицинской помощи | Центральные районные больницы, поликлиники (поликлинические отделения) г. Саратова, г. Энгельса, г. Балаково (кабинеты инфекционных заболеваний поликлиник, при отсутствии кабинета инфекционных заболеваний медико-санитарную помощь больным вирусными гепатитами оказывают врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) |
| Второй уровень оказания медицинской помощи | областной консультативно-диагностический центр инфекционных заболеваний на базе ГУЗ «СГКБ № 2 им.В.И.Разумовского» |
| Третий уровень оказания медицинской помощи | ГУЗ «СОИКБ имени Н.Р. Иванова». |

Примечание: при направлении пациентов в областной консультативно-диагностический центр инфекционных заболеваний на базе ГУЗ «СГКБ № 2 им.В.И.Разумовского» им на руки выдается направление. Пациент предварительно должен записаться на прием областной консультативно-диагностический центр инфекционных заболеваний на базе ГУЗ «СГКБ № 2 им.В.И.Разумовского» по телефону 8(452) 392836.

Приложение № 3 к приказу министерства

здравоохранения области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Состав комиссии по отбору взрослых пациентов для назначения противовирусных препаратов в рамках государственной программы Саратовской области «Развитие здравоохранения Саратовской области», программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

Ханжова Е.С., заместитель главного врача по лечебной работе ГУЗ «СГКБ № 2 им.В.И.Разумовского» (председатель),

 Шульдяков А.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, директор клиники ГУЗ «СОИКБ имени Н.Р. Иванова»,

 Рамазанова К.Х., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, главный внештатный специалист по инфекционным болезням министерства здравоохранения Саратовской области,

 Данилов А.Н., д.м.н., главный внештатный специалист по эпидемиологии министерства здравоохранения Саратовской области, главный врач ГУЗ «Центр-СПИД»,

 Ляпина Е.П., д.м.н., профессор, кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,

 Семенова И.А., врач-инфекционист гепатологического кабинета областного консультативно-диагностического центра инфекционных заболеваний на базе ГУЗ «СГКБ № 2 им.В.И.Разумовского» (секретарь).