



Утверждаю
Главный врач
КГБУЗ «КМКБ № 20
им. И.С. Берзона»
25.10.2024 г.
В.А. Фокин



**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КРАСНОЯРСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 20 ИМЕНИ И.С. БЕРЗОНА»
(КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона»)**

ПОРЯДОК направления граждан на консультативный прием в гастроэнтерологический кабинет, дневной и круглосуточный гастроэнтерологический стационар при КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С. Берзона»

Гастроэнтерологический кабинет осуществляет оказание специализированной лечебно-диагностической и консультативной медицинской помощи больным г. Красноярск, страдающим заболеваниями органов пищеварения.

Местонахождение кабинета: г. Красноярск, Инструментальная, 12; лабораторный корпус, 5 этаж. Кабинет работает ежедневно с 8.00 до 16.00, выходные дни – суббота, воскресенье. Запись на консультацию осуществляется врачами-терапевтами поликлиник города Красноярск по МИС «система плановой госпитализации» (СПГ).

Госпитализация в дневной гастроэнтерологический стационар осуществляется в рабочие дни недели с 08-00 до 12-00.

Отбор на госпитализацию в круглосуточный гастроэнтерологический стационар осуществляется врачом-терапевтом планового приема ПДО (кардиологический корпус, первый этаж) ежедневно в будние дни недели с 09-00 до 12-00

1. Порядок направления граждан на консультативный прием

Гастроэнтерологический кабинет осуществляет оказание специализированной лечебно-диагностической и консультативной медицинской помощи больным г. Красноярск, страдающим заболеваниями органов пищеварения.

1.1 В гастроэнтерологический кабинет направляются больные с заболеваниями органов пищеварения в плановом порядке для уточнения диагноза и коррекции лечения, а так же определения возможности лечения в дневном гастроэнтерологическом стационаре.

1.2 Консультации врача - специалиста обеспечиваются по направлению лечащего врача территориального учреждения здравоохранения, который делает отметку о необходимости консультации в амбулаторной карте.

1.3 Направление больных на консультацию врача - специалиста в консультативный гастроэнтерологический кабинет осуществляется после проведения диагностических исследований (раздел 2) в поликлинике по месту прикрепления.

1.4 Консультация врача - специалиста оказывается гражданину при предъявлении следующих документов:

- направления на консультацию (форма 057/у-04). В направлении обязательно указывается цель направления на консультацию, диагноз, сроки временной нетрудоспособности. Направление на консультацию заверяется штампом медицинского учреждения, личной подписью и печатью врача, подписью заведующего отделением;

- результатов проведенных ультразвуковых, эндоскопических, рентгенологических исследований. Протоколы (копии протоколов) УЗИ, эндоскопических исследований, протоколы рентгеноскопических исследований, снимки рентгенологических исследований и др., а также выписки из стационаров, выписки по результатам ранее проведенных консультаций должны быть на руках у больных;

- документа, удостоверяющего личность гражданина;

- страхового медицинского полиса обязательного страхования гражданина, СНИЛСа.

1.5 Показанием для консультации является неясность и сложность текущего лечебно-диагностического процесса, оформление пакета документов для заключения на медико-социальную экспертизу, уточнение показаний к стационарному лечению в специализированных отделениях и иные условия, учитывая конкретную ситуацию.

1.6 Пациенты принимаются специалистами по записи через СПГ.

1.7 Каждому пациенту оформляется консультативное заключение специалистов приема на бланке с указанием установленного диагноза и рекомендаций по ведению пациента.

2. Перечень диагностических исследований, результаты которых предоставляются территориальным учреждением здравоохранения при направлении граждан в гастроэнтерологический кабинет.

наименование специалиста	наименование исследования
гастроэнтеролог	Клинический анализ крови развернутый (давность не более месяца)
	Копрологическое исследование кала (давность не более месяца)
	Скрининг-маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, общие антитела к HCV)
	Биохимический анализ крови: билирубин общий и фракции, АСТ, АЛТ (давность не более 14 дней) <u>Для больных с заболеваниями печени, подозрением на заболевания печени:</u> общий белок, альбумины, холестерин, билирубин общий и фракции, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), ПТИ, ПТВ (давность не более 14 дней). Наличие скрининг-маркеров вирусных гепатитов (HBsAg, общие антитела к HCV) в этом случае обязательно! Эластография печени (при подозрении на цирроз печени или установленном диагнозе цирроза печени).
	<u>Для больных с воспалительными заболеваниями кишечника:</u> развернутый анализ крови + С-реактивный белок + билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, альбумин (давность не более 14 дней) <u>Для пациентов, направляемых по поводу хронических вирусных гепатитов:</u> ПЦР (ДНК HBV), ПЦР (РНК HCV) (при направлении для определения показаний к противовирусной терапии — обязательно количественная ПЦР, генотипирование HCV). Давность ПЦР-диагностики не более 3-6 месяцев.
	Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости давностью не более 1-3-х месяцев.

наименование специалиста	наименование исследования
	Эзофагогастродуоденоскопия (при направлении по поводу обострения патологии гастродуоденальной зоны — давность не более 1 месяца), с биопсией при ее наличии
	Для больных с заболеваниями кишечника: RRS + ирригоскопия (или КС давностью не более 3-6 месяцев) с биопсией при ее наличии

Для всех проведенных исследований необходимо указать дату проведения, для лабораторных проб — показатели нормальных величин, принятые в данном медицинском учреждении, по возможности - отразить динамику показателей.

3. Показания для консультации в консультативном кабинете

- ГЭРБ с эрозивным эзофагитом, язвой пищевода, пищеводом Барретта.
- Язва желудка — хроническая, длительно нерубцующаяся, без эффекта от стационарного или амбулаторного лечения.
- Язва ДПК, часто-рецидивирующая (более 2-х раз в год), осложненная.
- Синдромы оперированного желудка.
- Постхолецистэктомический синдром с болевыми приступами, диареей, явлениями рефлюкса для подбора или коррекции терапии.
- Билиарная патология: билиарный сладж-синдром, ЖКБ с болевыми приступами для решения вопроса об оперативном лечении.
- Хронический панкреатит, часто рецидивирующий, с болевым синдромом и внешнесекреторной недостаточностью.
- Первичный билиарный цирроз (холангит), первичный склерозирующий холангит.
- Другой и неуточненный цирроз печени, с начальными проявлениями субкомпенсации для коррекции терапии или впервые выявленным диагнозом
- Гепатиты неуточненной этиологии
- Аутоиммунные гепатиты: для верификации диагноза, назначения гормонотерапии и ее коррекции.
- Жировая дегенерация печени, с явлениями стеатогепатита или цирроза печени.
- Хронические гепатиты В, С и Д с формированием цирроза печени.
- Подозрение на СРК или другую патологию кишечника для верификации диагноза.
- Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса.
- Язвенный колит, болезнь Крона при верифицированном диагнозе: после круглосуточного стационара для коррекция гормоно-, иммуносупрессивной терапии, решения вопроса о назначении или проведения биологической терапии; при начальных признаках обострения.

4. Необоснованным направлением на консультативный прием являются:

- наличие у пациента распространенного нетяжелого заболевания, не нуждающегося в специализированных назначениях, ведение таких пациентов находится в компетенции терапевта, например с хроническим гастритом (в том числе вне обострения!), функциональной диспепсией, эрозивным гастродуоденитом, неосложненной язвой ДПК, жировым гепатозом без явлений стеатогепатита и т. д.);
- наличие установленного хронического заболевания вне стадии обострения с неадекватной целью консультации (например, направление пациентов с бессимптомной ЖКБ, хроническим панкреатитом легкого течения вне обострения с целью «рассказать диету»), или «прокомментировать» пациенту результаты лабораторных и инструментальных исследований, проведенных при диспансеризации и т. д.;
- направление на консультацию фельдшером без проведения предварительного обследования и оценки показаний к консультации;
- повторное необоснованное направление пациентов, ранее консультированных в гастроцентре или находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологических отделениях с установленными диагнозом, подробными рекомендациями по наблюдению и ведению, без наличия какой-либо динамики состояния, потребовавшей повторной консультации (например, с верифицированным синдромом Жильбера; пациенты с мелкими кистами печени без какой-либо отрицательной динамики по серии УЗИ; пациенты с компенсированным, субкомпенсированным циррозом печени и другими хроническими заболеваниями без признаков ухудшения и прогрессирования, которые ранее получили подробные рекомендации по базисной терапии)
- направление на «дублирующую» консультацию (пациент недавно выписан из специализированного стационара, рекомендации по ведению даны, состояние без ухудшения — направление в гастроцентр для «подтверждения» рекомендаций?!, пациент с паразитарным заболеванием консультирован инфекционистом, направлен с тем же диагнозом к гастроэнтерологу и т.д).
- направление пациентов не гастроэнтерологического профиля, например с кожными заболеваниями, аллергиями и др,
- направление пациентов с впервые выявленными новообразованиями желудка, желчного пузыря, печени (полипы, лейомиомы, гемангиомы, кисты), как правило, без консультации онколога и без указания цели консультации.

5. Показания для госпитализации в дневной гастроэнтерологический стационар.

- ГЭРБ с эзофагитом, средней степени тяжести.
- Язва пищевода. При письменном отказе от госпитализации в круглосуточный стационар.
- Язва желудка острая, без кровотечения и прободения. При письменном отказе от госпитализации в круглосуточный стационар.
- Язва желудка хроническая, без кровотечения и прободения.
- Язва ДПК, острая и хроническая, без кровотечения и прободения, средней степени тяжести.
- Функционпльная диспепсия, с болевым и диспептическим синдромом, при отсутствии эффекта от амбулаторной терапии.
- Синдромы оперированного желудка, при установленном диагнозе, с умеренно выраженными болевым синдромом, нарушениями переваривания и всасывания.
- Хронический панкреатит алкогольной и неалкогольной этиологии, средней степени тяжести для долечивания после круглосуточного стационара или с начальными признаками обострения (болевой синдром, панкреатическая недостаточность)
- Первичный билиарный цирроз, с начальными проявлениями субкомпенсации
- Вторичный билиарный цирроз, с начальными проявлениями субкомпенсации
- Другой и неуточненный цирроз печени, с начальными проявлениями субкомпенсации
- Токсическое поражение печени с холестазом, токсическое поражение печени с печеночным некрозом, минимальная-умеренная активность, с высокой активностью - долечивание после круглосуточного стационара.
- Жировая дегенерация печени, с сопутствующим панкреатитом, холециститом и др., признаками клинического ухудшения.
- Синдром раздраженного кишечника с болевым синдромом для коррекции терапии
- Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса, средней степени тяжести.
- Язвенный колит, болезнь Крона при верифицированном диагнозе легкой степени тяжести; средней, тяжелой степени — долечивание после круглосуточного стационара, коррекция гормоно-, иммуносупрессивной терапии, проведения поддерживающего курса терапии генно-инженерными препаратами.

6. Показания для госпитализации в круглосуточный гастроэнтерологический стационар.

- ГЭРБ с эзофагитом, тяжелой степени.
- Язва пищевода.
- Язва желудка острая, без кровотечения и прободения.
- Язва желудка хроническая, без кровотечения и прободения.
- Язва ДПК, острая и хроническая, без кровотечения и прободения, с выраженным болевым синдромом, длительно не рубцующаяся.
- Синдромы оперированного желудка, при установленном диагнозе, с болевым синдромом, нарушениями переваривания и всасывания.
- Хронический панкреатит алкогольной и неалкогольной этиологии, средней и тяжелой степени, с болевым синдромом и секреторной недостаточностью.
- Первичный и вторичный билиарный цирроз, суб- и декомпенсация
- Другой и неуточненный цирроз печени, суб- и декомпенсация.
- Токсическое поражение печени с холестазом, токсическое поражение печени с печеночным некрозом, умеренная и высокая активность, аутоиммунный гепатит высокой активности.
- Жировая дегенерация печени, с сопутствующим панкреатитом, холециститом и др., признаками клинического ухудшения, высокой активностью стеатогепатита.
- Синдром раздраженного кишечника - для верификации диагноза
- Язвенный колит, болезнь Крона - для верификации диагноза или при обострении средней и тяжелой степени для подбора базисной терапии, в том числе решения вопроса о назначении биологической терапии и ее инициации.