



**ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ**

П Р И К А З

«16» 09. 2025

№ 823

Об утверждении единой маршрутизации пациентов с заболеваниями эндокринной системы, в том числе с сахарным диабетом, включая все этапы наблюдения за пациентами от ФАПа (поликлиники) до федерального учреждения, оказывающего помощь пациентам с эндокринными заболеваниями

В соответствии Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и плановый 2026 и 2027 годов», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 27.03.2024 143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2-1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов», от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения», от 29.10.2024 № 583н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Детская эндокринология», от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», от 30.11.2021 № 965н «Об утверждении порядка организации

и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», распоряжением Правительства Севастополя от 27.06.2025 № 92-РП «Об утверждении региональной программы города Севастополя «Борьба с сахарным диабетом», приказами Департамента здравоохранения города Севастополя от 20.01.2021 № 50 «Об утверждении Порядка организации и обеспечения функционирования регистра больных сахарным диабетом в городе Севастополе», от 30.06.2023 № 721 «О переходе медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций до 01.01.2024», от 05.11.2024 № 954 «Об особенностях взаимодействия между медицинскими организациями, подведомственными Департаменту здравоохранения города Севастополя, при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций», от 09.09.2020 № 976 «О порядке направления детей в Федеральные санатории», от 30.12.2022 № 1459 «Об утверждении Положения об организации деятельности кабинетов терапевтического обучения «Школа для обучения пациентов с сахарным диабетом», от 30.12.2022 № 1461 «Об утверждении Положения об организации деятельности кабинетов терапевтического обучения «Школа для пациентов детского возраста с сахарным диабетом», в целях повышения качества и доступности оказания медицинской помощи по профилю «Эндокринология» взрослому и детскому населению в городе Севастополе

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Единую маршрутизацию пациентов с заболеваниями эндокринной системы, в том числе с сахарным диабетом, включая все этапы наблюдения за пациентами от ФАПа (поликлиники) до федерального учреждения, оказывающего помощь пациентам с эндокринными заболеваниями, в соответствии с приложением к настоящему приказу.

2. Главным врачам Государственных бюджетных учреждений здравоохранения города Севастополя (далее – ГБУЗС): «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», «Городская больница № 4», «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка», «Севастопольская городская больница № 9» обеспечить:

2.1. Оказание первичной специализированной, специализированной в стационарных условиях, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи взрослым и детям с эндокринной патологией в соответствии с требованиями приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология», от 29.10.2024 № 583н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Детская эндокринология», стандартами оказания медицинской помощи больным с сахарным диабетом, клиническими

рекомендациями, действующими на территории Российской Федерации, а также настоящим приказом;

2.2. Проведение диспансеризации и профилактического медицинского осмотра в рамках приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

2.3. Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом и его осложнениями в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

2.4. Работу кабинетов «Школа для пациентов с сахарным диабетом» (далее – Школа) в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Севастополя от 30.12.2022 № 1459 «Об утверждении Положения об организации деятельности кабинетов терапевтического обучения «Школа для пациентов с сахарным диабетом»;

2.5. Информирование пациентов, имеющих заболевание сахарный диабет, о функционировании Школ и графике их работы, в том числе непосредственно на личном приеме врача-эндокринолога (врача-терапевта, фельдшера), а также с обязательным размещением вышеуказанных данных на информационных стендах и официальных сайтах медицинских учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Севастополя (далее – Департамент);

2.6. Направление пациентов с сахарным диабетом в соответствии с маршрутизацией, утвержденной настоящим приказом, согласно имеющимся медицинским показаниям;

2.7. Личный контроль и ответственность за ведение регионального сегмента Федерального Регистра сахарного диабета, а также Регистров других эндокринных заболеваний.

3. Главному внештатному специалисту эндокринологу Департамента здравоохранения города Севастополя и главному внештатному детскому специалисту эндокринологу Департамента здравоохранения города Севастополя обеспечить:

3.1. Контроль за доступностью и качеством оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом и его осложнениями, соблюдением показаний и маршрутизации, утвержденных настоящим приказом;

3.2. Оказание организационно-методической и консультативной помощи по профилю «эндокринология»;

3.3. Организацию и проведение консультаций и консилиумов с применением телемедицинских технологий между медицинскими организациями, подведомственными Департаменту, и национальными

медицинскими исследовательскими центрами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

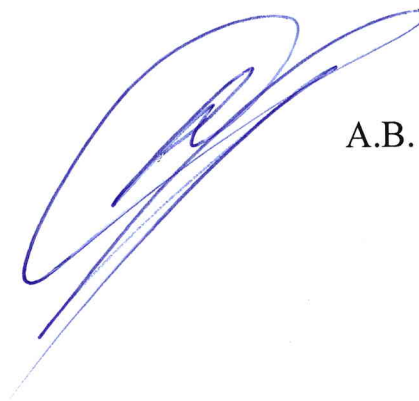
4. Признать утратившими силу:

4.1. Приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 29.12.2016 № 1743 «Об организации оказания медицинской помощи детскому населению по профилю «детская эндокринология» в государственных учреждениях города Севастополя»;

4.2. Приказ Департамента Департамента здравоохранения города Севастополя от 12.02.2021 № 130 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с эндокринными заболеваниями в городе Севастополе».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Островскую А.В.

Исполняющий обязанности директора
Департамента здравоохранения
города Севастополя



А.В. Островская

Приложение
УТВЕРЖДЕНА
приказом Департамента
здравоохранения города
Севастополя
от 16.09.2025 № 823

Единая маршрутизация
пациентов с заболеваниями эндокринной системы, в том числе с сахарным
диабетом, включая все этапы наблюдения за пациентами от ФАПа
(поликлиники) до федерального учреждения, оказывающего помощь пациентам
с эндокринными заболеваниями

Термины и сокращения, используемые в приказе Департамента
здравоохранения города Севастополя

РФ – Российская Федерация.

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации.

ДЗ – Департамент здравоохранения города Севастополя.

ГБУЗС – государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Севастополя.

Приказ МЗ РФ № 104н – приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка
оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю
«эндокринология».

Приказ МЗ РФ № 168н – приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка
проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Приказ МЗ РФ № 143н – приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 27.03.2024 143н «Об утверждении классификации
природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2-1 Федерального
закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах,
лечебно-оздоровительных местностях и курортах», их характеристик и перечня
медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного
лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных
лечебных ресурсов».

Приказ МЗ РФ № 404н – приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка
проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации
определенных групп взрослого населения».

Приказ МЗ РФ № 211н – приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка
прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров,
учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра

несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних».

Приказ МЗ РФ № 824н – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Приказ МЗ РФ № 908н – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 908н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология».

Приказ МЗ РФ № 965н – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2021 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Приказ ДЗ № 954 – приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 05.11.2024 № 954 «Об особенностях взаимодействия между медицинскими организациями, подведомственными Департаменту здравоохранения города Севастополя, при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций».

Приказ ДЗ № 976 – приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 09.09.2020 № 976 «О порядке направления детей в Федеральные санатории».

Приказ ДЗ № 1459 – приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 30.12.2022 № 1459 «Об утверждении Положения об организации деятельности кабинетов терапевтического обучения «Школа для обучения пациентов с сахарным диабетом».

ТППГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Севастополе.

ГБ № 1 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

ГБ № 4 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 4».

ГБ № 5 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка».

ГБ № 9 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольская городская больница № 9».

ГБУЗС «МИАЦ» – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Медицинский информационно-аналитический центр».

СГОД – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольский онкологический диспансер имени

А.А. Задорожного».

ЦАОП – центр амбулаторной онкологической помощи.

АОПСМ – амбулатория общей практики семейной медицины.

ФГБУЗ – федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения.

ГНЦ – государственный научный центр.

МКБ – международная классификация болезней.

ДМЦ – детский медицинский центр.

АИС ВИТАКОР – автоматизированная информационная система «ВИТАКОР».

РЭЦ – региональный эндокринологический центр.

МЭЦ – межрайонный эндокринологический центр.

КО ДМЦ – консультативное отделение детского медицинского центра.

КП ДМЦ – консультативная поликлиника детского медицинского центра.

МСЭК – медико-социальная экспертиза.

ВК – врачебная комиссия.

МО – медицинские организации.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

ФРЭМД – федеральный реестр электронных медицинских документов.

СЭМД – структурный электронный медицинский документ.

Форма ФСН – форма федерального статистического наблюдения.

СОШ – средняя общеобразовательная школа.

СД – сахарный диабет.

ХБП – хроническая болезнь почек.

СКФ – скорость клубочковой фильтрации.

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь.

Д-учет – диспансерный учет.

ГСД – гестационный сахарный диабет.

СМП – скорая медицинская помощь.

ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

ЛПВП – липопротеины высокой плотности.

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт.

ЛКС – лазерная коагуляция сетчатки.

НМГ – низкомолекулярный гепарин.

НМИЦ – Научно-медицинский исследовательский центр.

ПГТТ – Пероральный глюкозотолерантный тест.

МЭН – множественная эндокринная неоплазия.

МЭА – множественный эндокринный аденоматоз.

МУР – межучрежденские расчеты.

МРТ – магнитно-резонансная томография

КТ – компьютерная томография.

ТТГ – тиреотропный гормон.

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон.
ЛГ – лютеинизирующий гормон.
АКТГ – адренокортикотропный гормон.
ТАПБ – тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия.
ЭКГ – электрокардиография.
АЛТ – аланинаминотрансфераза.
АСТ – аспартатаминотрансфераза.
ОГК – органов грудной клетки.
ЩЖ – щитовидная железа.
УЗИ – ультразвуковое исследование.
ТМК – телемедицинская консультация.
РЙТ – радиойодтерапия.
ЗНО – злокачественное новообразование.
ЭОП – эндокринная офтальмопатия.
ГВС – главный внештатный специалист.
ИМТ – индекс массы тела.
СДС – синдром диабетической стопы.

Введение

Эндокринные заболевания представляют собой широкий спектр патологий, в том числе сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, патология гипофиза и надпочечников, остеопороз, ожирение различного генеза, а также редкие наследственные и опухолевые эндокринные синдромы. По данным Всемирной организации здравоохранения эндокринные заболевания входят в число наиболее распространенных хронических патологий, оказывающих значительное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов.

Эндокринные заболевания требуют комплексного подхода к диагностике и лечению, включающего не только первичное обследование на уровне амбулаторно-поликлинической службы, но и высокотехнологичные методы диагностики и лечения в условиях специализированных центров. Отсутствие выстроенной маршрутизации может приводить к задержке установления диагноза, прогрессированию заболевания и развитию осложнений, что в конечном итоге увеличивает нагрузку на систему здравоохранения и снижает качество жизни пациентов. Социальная значимость проблемы заключается в том, что многие эндокринные заболевания поражают лиц трудоспособного возраста, приводя к временной или стойкой утрате трудоспособности, снижению репродуктивного потенциала. Кроме того, хронические эндокринные расстройства требуют длительного наблюдения и лечения, что накладывает значительные финансовые затраты на государственную систему здравоохранения.

В условиях ограниченных ресурсов важно обеспечить равный доступ к качественной медицинской помощи для всех пациентов. Реализация единой маршрутизации пациентов с эндокринной патологией на территории всей страны направлена на повышение доступности специализированной медицинской помощи, улучшение качества диагностики и лечения эндокринных заболеваний, а также снижение заболеваемости и смертности от их осложнений.

Сахарный диабет представляет собой одну из наиболее значимых проблем здравоохранения в РФ. СД приводит к значительным медицинским, социальным и экономическим последствиям, включая снижение качества жизни пациентов, развитие осложнений и увеличение затрат на лечение. Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих», СД – это социально-значимое заболевание, имеющее эпидемические масштабы распространенности и приводящее к преждевременной потере трудоспособности, инвалидности и смерти. В связи с этим остро встает вопрос внедрения единых требований к маршрутизации пациентов с СД, направленных на обеспечение своевременной диагностики, эффективного

лечения и профилактики осложнений сахарного диабета.

Раздел 1. Диагностика и диспансерное наблюдение пациентов с эндокринными заболеваниями (взрослых; за исключением сахарного диабета)

1. Настоящий Порядок устанавливает правила маршрутизации при оказании медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями (за исключением СД).

2. Оказание медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями осуществляется в рамках последовательного процесса, начинающегося с первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи (1-й уровень оказания медицинской помощи), первичной специализированной медико-санитарной помощи (2-й уровень оказания медицинской помощи) в амбулаторных условиях, далее в стационарных условиях в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (3-й уровень оказания медицинской помощи).

3. Первичная доврачебная и врачебная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях (1-й уровень оказания медицинской помощи) пациентам с эндокринными заболеваниями в плановой форме оказывается фельдшером, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-эндокринологом в учреждениях здравоохранения города Севастополя.

4. На данном уровне медицинские работники выполняют следующие функции:

- проводят диагностику с целью выявления эндокринных заболеваний;
- разрабатывают план мероприятий по профилактике эндокринных заболеваний и их осложнений;
- оказывают медицинскую помощь на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения);
- проводят диспансерное наблюдение больных с эндокринными заболеваниями, подлежащими наблюдению у врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача);
- ведут учет и отбор больных, нуждающихся в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

5. Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется с целью выявления признаков поражения эндокринных органов, а также риска развития эндокринных заболеваний и их осложнений применением общеклинических, гормональных и инструментальных исследований в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи.

6. При отсутствии лабораторно-инструментальных данных,

подтверждающих наличие эндокринных заболеваний, больные, входящие в группы риска, регулярно не реже 1 раза в год наблюдаются врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики (семейным врачом).

7. При наличии медицинских показаний пациенты с эндокринными заболеваниями направляются на консультацию и дообследование к врачам-эндокринологам терапевтических отделений поликлиник для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (2-й уровень оказания медицинской помощи) в плановом порядке. В соответствии с Приказом МЗ РФ № 104н первичная специализированная медико-санитарная помощь по профилю «эндокринология» оказывается врачами-эндокринологами по медицинским показаниям при самостоятельном обращении пациентов, либо по направлению врачей-специалистов, фельдшеров, акушеров.

8. В соответствии с Приказом МЗ РФ № 168н диспансерному наблюдению врачом-эндокринологом подлежат следующие нозологии:

- множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера) (синдром множественной эндокринной неоплазии 1 типа (МЭН I) (код по МКБ-10: E34.8, D13.7, D35.0-D35.2, D35.8);

- множественная эндокринная неоплазия: тип 2A (Синдром Сиппла); тип 2B (Синдром Горлина) (код по МКБ-10: D44.8, D35.0, D35.1 D35.8);

- группа заболеваний с нарушением формирования пола (варианты дисгенезии гонад и синдромов резистентности к андрогенам) (код по МКБ-10: E34.5);

- акромегалия (код по МКБ-10: E22.0);

- нетоксический одноузловой зоб; нетоксический многоузловой зоб; тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом; тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом (код по МКБ-10: E04.1; E04.2; E05.1; E05.2);

- аденома паращитовидной железы; первичный гиперпаратиреоз (код по МКБ-10: D35.1; E21.0);

- аденома надпочечника (Код по МКБ-10: D35.0).

9. Для выполнения лабораторных (в том числе гормональных исследований) забор биологического материала производится в процедурном кабинете поликлиники (амбулатории) МО по месту прикрепления. Далее биологический материал транспортируется в центральную лабораторию МО согласно территориальному принципу прикрепления.

10. В случае возникших кадровых или материально-технических ограничений в МО, доставка биологического материала осуществляется в организации, включенные в территориальную программу государственных гарантий, в рамках МУР.

11. Консультации узких специалистов при отсутствии возможности их выполнения по месту территориального прикрепления, осуществляются путем направления в организации, включенные в территориальную программу государственных гарантий, в рамках МУР.

12. Для выполнения инструментальных исследований (МРТ, КТ, денситометрия, сцинтиграфия) пациенты направляются в подразделения МО по месту прикрепления. В случае отсутствия возможности их проведения, направление осуществляется в организации, включенные в территориальную программу государственных гарантий, в рамках МУР.

Таблица 1

Перечень медицинских показаний для маршрутизации пациентов с эндокринными заболеваниями (за исключением сахарного диабета) для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «эндокринология»

Группа заболеваний	Амбулаторный прием врача-эндокринолога в государственных учреждениях здравоохранения (по месту территориального прикрепления)	Амбулаторная помощь в РЭЦ
МЭА, тип I (МЭА-I, синдром Вернера) (Синдром МЭН I типа (МЭН I) (Код по МКБ-10: E34.8, D13.7, D35.0-D35.2, D35.8)	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения), ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
МЭН: тип 2А (Синдром Сиппла); тип 2В (Синдром Горлина) (Код по МКБ-10: D44.8, D35.0, D35.1 D35.8)	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения), ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
Группа заболеваний с нарушением формирования пола (варианты дисгенезии гонад и синдромов резистентности к андрогенам) (Код по МКБ-10: E34.5)	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения), ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
Акромегалия (Код по МКБ-10: E22.0)	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения), ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
Нетоксический одноузловой зоб; нетоксический многоузловой зоб; тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом; тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом (Код по МКБ-10: E04.1; E04.2; E05.1; E05.2)	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения), ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
Аденома паращитовидной железы; первичный гиперпаратиреоз (Код по МКБ-10: D35.1; E21.0)	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения), ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
Аденома надпочечника (Код по МКБ-10: D35.0).	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения), ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1

Таблица 2

Перечень медицинских организаций, на базе которых возможно выполнение лабораторных исследований по профилю «эндокринология»

Вид исследования	Название МО, подведомственных ДЗ	Название МО, включенных в ТПГТ в рамках МУР
ТТГ, св.Т3, св.Т4	ГБ № 1	Организации в территориальной программе в рамках МУР ООО «Таврика»
	ГБ № 4	
	ГБ № 9	
Гормональные исследования крови (широкий спектр исследований: ИФР-1, кортизол, альдостерон, ренин, ФСГ, ЛГ, АКТГ и др.)	ГБ № 1	Организации в ТПГТ в рамках МУР ООО «Таврика»
	ГБ № 4	
	ГБ № 9	
Гормональные исследования суточной мочи (кортизол, метанефрин, норметанефрин и др.)	-	Организации в ТПГТ в рамках МУР ООО «Таврика»
Кальцитонин крови (за счет средств ОМС)	-	Организации в ТПГТ в рамках МУР ООО «Таврика»
Исследование кариотипа	ГБ № 5	Организации в ТПГТ в рамках МУР ООО «Таврика»
Молекулярно-генетическое исследование	-	Организации в ТПГТ в рамках МУР ООО «Таврика»

Таблица 3

Перечень медицинских организаций, на базе которых возможно проведение КТ

Место территориального прикрепления пациента	МО для проведения КТ	МО для проведения КТ при отсутствии возможности их проведения в МО
ГБ № 1 (все поликлинические подразделения)	ГБ № 1, ул. Адм. Октябрьского 19, ул. Надеждинцев, 15	СГОД организация в ТПГТ в рамках МУР ООО Таврика, ГБ № 1, ул. Адм. Октябрьского 19, ул. Надеждинцев, 15 ГБ № 4, ул. Леваневского 25 ГБ № 9, ул. Мира 5
ГБ № 4	ГБ № 4, ул. Леваневского 25 - только КТ	
ГБ № 9	ГБ № 9, ул. Мира 5	

Таблица 4

Перечень медицинских организаций, на базе которых возможно проведение МРТ

Место территориального прикрепления пациента	МО для проведения МРТ	МО для проведения МРТ при отсутствии возможности их проведения в МО
ГБ № 1 (все поликлинические подразделения)	ГБ № 1, ул. Адм. Октябрьского 19	ГБ № 5 Организации в ТПГГ в рамках МУР ООО «Таврика», СГОД, ГБ № 1, ГБ № 9
ГБ № 4	-	
ГБ № 9	ГБ № 9, ул. Мира 5	СГОД

Таблица 5

Перечень медицинских организаций, на базе которых возможно проведение скintiграфии щитовидной железы и околощитовидных желез (РФП: технеций, йод 131, йод 123)

МО за пределами субъекта	Адрес МО
ГБУЗ Республики Крым «Крымский республиканский онкологический диспансер имени В.М. Ефетова»	г. Симферополь, ул. Беспалова д.49а

Таблица 6

Перечень медицинских организаций, на базе которых возможно проведение ОФЭКТ, ОФЭКТ- КТ, ПЭТ-КТ

МО за пределами субъекта	Адрес МО
ГБУЗ Республики Крым «Крымский республиканский онкологический диспансер имени В.М. Ефетова», ОФЭКТ, ОФЭКТ-КТ	г. Симферополь, ул. Беспалова д.49а
Центр ПЭТ-Технолож	Краснодарский край, г. Краснодар, ул. 1-го Мая, д. 167; Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, проспект Шолохова, д. 274в

Таблица 7

Перечень МО, на базе которых возможно проведение радиойодтерапии (для всех МО региона)

МО за пределами субъекта
ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр им. Н.А. Семашко Федерального медико-биологического агентства»
ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова»
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

МО за пределами субъекта
ФГБУ «Российский научный центр рентгенрадиологии»
МРНЦ имени А.Ф. Цыба-филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Таблица 8

Перечень медицинских организаций, на базе которых возможно проведение денситометрии

МО	МО субъекта
ГБ № 1 (все поликлинические подразделения)	ГБ № 1 поликлиника №1, пл.Восставших,1
ГБ № 4	
ГБ № 9	

Раздел 2. Оказание медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями (за исключением сахарного диабета) в региональном эндокринологическом центре

1. Направление к врачам-специалистам в РЭЦ осуществляется из МО, подведомственных ДЗ Севастополя:

- врачом-терапевтом, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-эндокринологом, хирургом, окулистом первичного амбулаторного звена посредством электронной записи через АИС Витакор;
- врачами-специалистами РЭЦ путем прямой записи при необходимости повторной консультации в рамках одного случая в РЭЦ.

Сроки оказания медицинской помощи 14 дней.

2. При первичном направлении пациента с эндокринным заболеванием направляющий врач оформляет выписку из амбулаторной карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием результатов исследований.

3. При направлении в РЭЦ должны быть соблюдены показания и объем необходимых обследований:

- для всех пациентов с эндокринной патологией: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови (креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции), ЭКГ срок давности не более 1 месяца, флюорография/рентген органов грудной клетки (ОГК) срок давности не более 1 года;

- пациенты с патологией ЩЖ: дополнительно результаты исследований тиреоидных гормонов (ТТГ, Т4 свободный, по показаниям антитела к тиреоглобулину, к пероксидазе, к рецепторам ТТГ, кальцитонин), УЗИ ЩЖ (все имеющиеся протоколы более ранних исследований);

- пациенты с нарушением фосфорно-кальциевого обмена и патологией паращитовидных желез: дополнительно кальций общий, альбумин, паратгормон, витамин Д (по показаниям);

- пациенты с опухолями гипоталамо-гипофизарной области: дополнительно результаты анализов тропных гормонов гипофиза, ИФР-1, заключения КТ/МРТ в бумажном виде и на цифровом носителе;

- пациенты с опухолями надпочечников: дополнительно результаты гормональных обследований (АКТГ, моча на суточную экскрецию кортизола, метанефринов), электролиты сыворотки крови, УЗИ почек + надпочечников, заключение КТ/МРТ забрюшинного пространства в бумажном виде и на цифровом носителе;

- хроническая надпочечниковая недостаточность: дополнительно электролиты сыворотки крови, АКТГ, кортизол сыворотки;

- несахарный диабет: дополнительно электролиты сыворотки крови, кальций общий, альбумин сыворотки;

- подозрение на множественные эндокринные неоплазии: дополнительно результаты гормонального обследования (АКТГ, ТТГ, СТГ, пролактин, Т4 св. кортизол сыворотки, паратгормон и др.), кальций общий, альбумин, УЗИ ОБП; заключение КТ/МРТ гипофиза, ОБП, забрюшинного пространства при его проведении.

4. При посещении РЭЦ с целью динамического наблюдения запись проводится врачом РЭЦ или медицинским регистратором через АИС Витакор без направления от МО, на основании данных осмотра в АИС Витакор.

5. При наличии показаний для принятия клинического решения врач-эндокринолог РЭЦ направляет пациента на диагностическое исследование и/или осмотр другого врача-специалиста (кардиолога, невролога, нефролога, окулиста, хирурга и других)) в срок не позднее 3 дней после обращения.

6. По результатам консультативного приема, проведенных обследований, заключений в РЭЦ врачи-специалисты:

- вводят все данные в электронную медицинскую карту в системе АИС Витакор, выдают на руки пациенту заключение в бумажном виде с рекомендациями по лечению и динамическому наблюдению;

- определяют показания для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи и, при наличии этих показаний, направляют пациента в МО по месту прикрепления для оформления заявки и направления на госпитализацию в стационар в соответствии с требованиями нормативно-правовых документов ДЗ;

- в случае выявления показаний для экстренной госпитализации направляют пациента в МО непосредственно из РЭЦ в соответствии с требованиями нормативно-правовых документов ДЗ Севастополя;

- при необходимости устанавливают дату следующего визита в РЭЦ и/или рекомендуют ТМК в РЭЦ;

- при рекомендации специалистами РЭЦ проведения повторных консультаций с использованием ТМК, такие консультации проводятся по заявке лечащего врача МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

7. Показания для направления пациентов с эндокринными заболеваниями в РЭЦ указаны в таблице 9.

Таблица 9

Показания для направления пациентов с эндокринными заболеваниями в РЭЦ

Группа заболеваний	Первичная специализированная медицинская помощь врача-эндокринолога (РЭЦ)
Заболевания щитовидной железы: Гипотиреоз (гипотиреоз послеоперационный, гипотиреоз врожденный, амиодарон-индуцированный гипотиреоз)	• Нетипичная клиническая картина • В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления
Заболевания щитовидной железы с тиреотоксикозом (диффузный токсический зоб, амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз, функциональная автономия) Подострый тиреоидит	• В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления • Направления на РИТ • Эндокринная офтальмопатия • Непереносимость тиреостатической терапии
Узловой зоб, многоузловой, диффузный зоб без нарушения функции	• В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления • Проведения пункционной биопсии щитовидной железы • Решения вопроса об оперативном лечении
Патология паращитовидных желез	• В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления • Первичная диагностика • Первичное назначение базовой терапии • Коррекция базовой терапии • Проведения комплексного лабораторно-инструментального обследования для оценки эффективности хирургического лечения • Заболевания во время беременности • Формирование направления в Федеральный центр для диагностики и лечения
Патология гипофиза	• В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления • Первичная диагностика • Проведения комплексного лабораторно-инструментального обследования для оценки эффективности хирургического лечения • Коррекция базовой терапии • Формирование направления в Федеральный центр для диагностики и лечения
Надпочечниковая недостаточность	• В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления • Первичная диагностика • Проведения комплексного лабораторно-инструментального обследования для оценки эффективности лечения • Коррекция базовой терапии • Декомпенсация заболевания, не поддающаяся коррекции на амбулаторном этапе • Формирование направления в Федеральный центр для диагностики и лечения
Образования надпочечников	• В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления • Первичная диагностика и скрининг осложнений • Проведения комплексного лабораторно-инструментального обследования для оценки эффективности хирургического лечения • Коррекция терапии, в т.ч. и послеоперационной • Формирование направления в Федеральный центр для диагностики и лечения
МЭН	• В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления

Группа заболеваний	Первичная специализированная медицинская помощь врача-эндокринолога (РЭЦ)
	- Первичная диагностика - Проведения комплексного лабораторно-инструментального обследования для оценки эффективности хирургического лечения - Коррекция терапии, в т.ч. и послеоперационной - Формирование направления в Федеральный центр для диагностики и лечения
Группа заболеваний формирования пола	- В случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления - Первичная диагностика и скрининг осложнений - Коррекция терапии (в том числе послеоперационной) - Формирование направления в Федеральный центр для диагностики и лечения

8. Перечень МО для маршрутизации пациентов с эндокринными заболеваниями (за исключением СД) для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «эндокринология» указан в таблице 10.

Таблица 10

Перечень МО для маршрутизации пациентов с эндокринными заболеваниями (за исключением сахарного диабета) для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «эндокринология»

Место территориального прикрепления пациента	Оказание первичной специализированной помощи врача-эндокринолога по месту территориального прикрепления (название медицинских организаций)	Оказание первичной специализированной помощи врача-эндокринолога в РЭЦ (название МО) Расстояние от м/ж, время доезда
ГБ № 1, АОПСМ, ул. Тараса Шевченко, 3	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 6 км, 15 минут
ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 2-5 км, 10-15 минут
ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, д. 11	ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, д. 11	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 5 км, 13 минут
ГБ № 1, поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, д. 4	ГБ № 1, поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, д. 4	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 9 км, 22 минут
ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 1, ул. Супруна, д. 19	ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 1, ул. Супруна, д. 19	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 10 минут, 3 км
ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 2, ул. Силаева, д. 3	ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 2, ул. Силаева, д. 3	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 16 минут, 3 км
ГБ № 1, поликлиника № 5,	ГБ № 1, поликлиника № 5,	ГБ № 1, поликлиника № 1,

Место территориального прикрепления пациента	Оказание первичной специализированной помощи врача-эндокринолога по месту территориального прикрепления (название медицинских организаций)	Оказание первичной специализированной помощи врача-эндокринолога в РЭЦ (название МО) Расстояние от м/ж, время доезда
поликлиническое подразделение № 1, пл. Геннериха, д. 1	поликлиническое подразделение № 1, пл. Геннериха, д. 1	пл. Восставших, д. 1 18 минут, 7 км
ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение № 2, ул. Будишева, д. 9	ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение № 1, пл. Геннериха, д. 1	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 16 минут, 6 км
ГБ № 1, поликлиника № 6, ул. Казачья, 10в	Б № 1, поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, д. 4	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 28 минут, 12 км
ГБ № 1, Врачебная амбулатория Фиолент, ул. Фиолентовское шоссе, д. 66	ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, д. 11	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 28 минут, 15 км
ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 46 минут, 29 км авто, 20 минут, 5 км катер+авто
ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 33 минуты, 16 км
ГБ № 9, АОПСМ, г. Севастополь, с. Терновка, ул. Балаклавская, д. 6	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 48 минут, 33 км
ГБ № 9, сельская врачебная амбулатория, г. Севастополь, с. Орлиное, ул. Тюкова, д. 115	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 48 минут, 36 км
ГБ № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16	ГБ № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1 30 минут, 18 км

9. При выявлении/наблюдении по поводу узлового зоба и наличии показаний к проведению ТАПБ после осмотра врач-эндокринолога (поликлиника, РЭЦ) пациент направляется на проведение ТАПБ в ГБ № 1, ЦАОП, СГОД, Многопрофильный медицинский центр МиР (см. таблицу 11). Запись на ТАПБ осуществляется врачом-эндокринологом посредством электронной записи через АИС Витакор, срок ожидания не более 14 дней.

Срок получения результатов цитологического исследования 7 дней, через лабораторную информационную систему ПК Здравоохранение, АИС Витакор.

После завершения проведения ТАПБ пациента записывают на повторный прием (с целью оценки результатов) к онкологу. Результаты ТАПБ оценивает врач онколог.

При получении результата ТАПБ категории Bethesda II, пациент направляется к эндокринологу, направившему на ТАПБ, с целью дальнейшего диспансерного наблюдения.

При получении результата ТАПБ категории Bethesda III, IV, V, VI, врачом онкологом пациент направляется на онкоконсилиум для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения и наблюдения пациента.

При получении результата ТАПБ категории Bethesda I проводится повторная ТАПБ.

В случае обращения пациента к врачу-эндокринологу с готовыми результатами ТАПБ (проведена не в рамках ОМС), маршрутизация осуществляется согласно категории Бетесды.

При выявлении показаний к оперативному лечению диффузного нетоксического/узлового зоба, к проведению РЙТ диффузного нетоксического/токсического зоба пациент направляется на осмотр хирурга.

Направление пациентов с ЗНО ЩЖ на РЙТ проводится после решения онкоконсилиума СГОД.

Таблица 11

Перечень медицинских организаций для маршрутизации пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы для проведения тонкоигольной аспирационной биопсии

МО и их подразделения, по профилю «эндокринология» (поликлиники, РЭЦ)	МО и их подразделения, по профилю «онкология» (ЦАОП, СГОД и др.)
ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1	ГБ № 1, ЦАОП, ул. Адм. Октябрьского, 19б СГОД МО, входящие в ТПГГ
ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11	ГБ № 1, ЦАОП, ул. Адм. Октябрьского, 19б СГОД МО, входящие в ТПГГ
ГБ № 1, поликлиника № 3, ул. Б. Михайлова, д. 4	ГБ № 1, ЦАОП, ул. Адм. Октябрьского, 19б СГОД МО, входящие в ТПГГ
ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 1, ул. Супруна, д. 19	ГБ № 1, ЦАОП, ул. Адм. Октябрьского, 19б СГОД МО, входящие в ТПГГ
ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 2, ул. Силаева, д. 3	ГБ № 1, ЦАОП, ул. Адм. Октябрьского, 19б СГОД МО, входящие в ТПГГ
ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение № 1, пл. Геннериха, д. 1	ГБ № 1, ЦАОП, ул. Адм. Октябрьского, 19б СГОД МО, входящие в ТПГГ
ГБ № 4, ул. Леваневского, д. 25	СГОД МО, входящие в ТПГГ
ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5	СГОД МО, входящие в ТПГГ

Таблица 12

Перечень медицинских организаций, на базе которых проводится цитологическое исследование пунктата щитовидной железы

МО и их подразделения, по профилю «эндокринология» (поликлиники, РЭЦ),	МО для проведения цитологического исследования
--	--

«онкология» (ЦАОП, СГОД), где проводилось ТАПБ	
ГБ № 1, ЦАОП	ГБ № 1, ул. Адм. Октябрьского, 19Б, патолого-анатомическое отделение
СГОД	СГОД, цитологическая лаборатория

Раздел 3. Особенности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями (за исключением сахарного диабета)

1. При наличии медицинских показаний пациенты с эндокринными заболеваниями направляются на госпитализацию в эндокринологическое отделение ГБ № 1 в экстренном (неотложном) или плановом порядке.

2. Перечень показаний (за исключением СД) для оказания специализированной медицинской помощи в экстренном/неотложном порядке:

2.1. Заболевания щитовидной железы с тиреотоксикозом (диффузный токсический зоб, амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз, функциональная автономия); подострый тиреоидит;

- осложненные формы тиреотоксикоза: фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения, надпочечниковая недостаточность, токсический гепатит, дистрофические изменения паренхиматозных органов, психоз, кахексия и др.;

- тиреотоксический криз ;
- декомпенсация тиреотоксикоза, осложненного ЭОП.

2.2. Патология паращитовидных желез:

- тяжелая гиперкальциемия с угрозой гиперкальциемического криза;
- острая гипокальциемия;
- развитие жизнеугрожающих осложнений, связанных с острой гипокальциемией (ларинго/бронхоспазм, нарушения ритма сердца, генерализованные судороги).

2.3. Надпочечниковая недостаточность:

- аддисонический криз;
- подозрение на аддисонический криз;
- впервые выявленная 1-НН (при отсутствии подозрений на аддисонический криз);
- тяжелая передозировка глюкокортикостероидов или минералкортикоидов.

2.4. Апоплексия гипофиза.

3. Экстренная/неотложная госпитализация осуществляется незамедлительно независимо от наличия или отсутствия паспорта, полиса и результатов обследования на амбулаторном этапе.

4. Перечень показаний для маршрутизации пациентов с эндокринными заболеваниями (за исключением СД) для оказания специализированной медицинской помощи:

4.1. Заболевания щитовидной железы: гипотиреоз (гипотиреоз послеоперационный, гипотиреоз врожденный, амиодарон-индуцированный гипотиреоз):

- нарушение функции ЩЖ, не поддающееся коррекции на амбулаторном этапе;
- сочетание нарушения функции ЩЖ с сердечно-сосудистой патологией, не поддающейся коррекции на амбулаторном этапе.

4.2. Заболевания ЩЖ с тиреотоксикозом (диффузный токсический зоб, амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз, функциональная автономия); подострый тиреоидит:

- нарушение функции ЩЖ, не поддающееся коррекции на амбулаторном этапе;
- декомпенсация тиреотоксикоза;
- декомпенсация тиреотоксикоза, осложненного эндокринной офтальмопатией;
- осложненные формы тиреотоксикоза: фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения, надпочечниковая недостаточность, токсический гепатит, дистрофические изменения паренхиматозных органов, психоз, кахексия и др.;
- хирургическое лечение;
- резистентность к лекарственной терапии.

4.3. Патология паращитовидных желез:

- необходимость проведения комплексного обследования с оценкой основных показателей фосфорно-кальциевого обмена и костно-висцеральных проявлений ПГПТ для решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике (консервативно ведение/хирургическое лечение); необходимость инструментального обследования для топической диагностики поражения ОЩЖ при наличии показаний к хирургическому лечению;
- необходимость проведения комплексного обследования с оценкой основных показателей фосфорно-кальциевого обмена и костно-висцеральных проявлений ПГПТ при консервативной тактике ведения;
- необходимость проведения планового хирургического лечения в специализированном стационаре;
- необходимость проведения комплексного лабораторно-инструментального обследования для оценки эффективности хирургического лечения;

- необходимость коррекции препаратов стандартной терапии гипопаратиреоза для достижения целевых показателей фосфорно-кальциевого обмена;

- невозможность достижения целевых показателей фосфорно-кальциевого обмена при использовании стандартной терапии гипопаратиреоза.

4.4. Надпочечниковая недостаточность:

- наличие не тяжелых признаков неадекватной терапии ГК или МК (в случае, если коррекция терапии в амбулаторных условиях не эффективна).

4.5. Образование надпочечника:

- верификация диагноза, проведение дифференциальной диагностики (проведение стимуляционных проб);

- подготовка к хирургическому лечению;

- проведение хирургического лечения.

4.6. Заболевания гипофиза:

- необходимость проведения лабораторного обследования при недоступности на амбулаторном этапе;

- необходимость проведения МРТ головного мозга при недоступности на амбулаторном этапе или при необходимости проведения МРТ с седацией;

- необходимость проведения комплексного обследования в сложных диагностических случаях;

- необходимость проведения комплексного обследования для решения вопроса об оптимальной лечебной тактике;

- необходимость проведения нейрохирургического лечения в высокоспециализированном стационаре;

- необходимость проведения комплексного лабораторно-инструментального обследования для оценки эффективности проводимого лечения;

- необходимость проведения комплексного обследования у пациентов с гипопитуитаризмом;

- проведение диагностических проб с целью дифференциальной диагностики при несахарном диабете;

- декомпенсация несахарного диабета, не поддающаяся коррекции на амбулаторном этапе.

4.7. МЭН-синдром:

- диагностика и лечение в рамках диагностированных компонентов синдрома.

5. При наличии показаний для проведения хирургического лечения (патология ЩЖ, паращитовидных желез, образований надпочечников (доброкачественных) пациент после осмотра эндокринолога направляется на

осмотр ГВС по хирургии (запись через АИС). Сроки осмотра в течение 14 дней.

После осмотра ГВС по хирургии и принятии решения о плановом оперативном лечении пациент госпитализируется в отделение эндокринологии (при необходимости) с дальнейшим переводом в отделение хирургии, или непосредственно в отделение хирургии. Сроки оказания плановой помощи до 8 недель.

После оперативного лечения пациент направляется в МО по месту территориального прикрепления к хирургу, эндокринологу для дальнейшего динамического наблюдения, сроки 7 дней после выписки из стационара.

При выявлении ГВС по хирургии показаний для получения специализированной хирургической медицинской помощи в МО, подведомственных федеральным органам исполнительной власти (оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в Федеральных центрах), пациенту выдается направление форма 057/у для госпитализации в соответствующие МО, выдачу направления осуществляет терапевт, эндокринолог в МО по месту территориального прикрепления согласно заключения ГВС по хирургии. Сроки 14 дней.

При подозрении на онкопатологию, после осмотра ГВС по хирургии, эндокринолога пациент направляется в СГОД, посредством электронной записи через АИС. Сроки 3 дня.

6. Показания для плановой госпитализации на койки дневного стационара эндокринологического профиля (за исключением СД):

- обследования перед планированием беременности;
- продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в круглосуточном стационаре, в состоянии, не требующем круглосуточного наблюдения;
- проведение диагностических мероприятий, не требующих круглосуточного наблюдения;
- наличие сочетанной патологии, требующей корректировки лечения в состоянии, не требующем круглосуточного наблюдения;
- невозможность госпитализации в круглосуточный стационар в ситуациях, зависящих от пациента (кормящие матери, одинокие с маленькими детьми), в состоянии, не требующем круглосуточного наблюдения.

7. При направлении на плановую госпитализацию пациент при себе должен иметь:

- выписку из амбулаторной карты;
- страховой полис;
- паспорт;
- направление формы № 057/у с указанием цели и причины госпитализации;

- результаты обязательных обследований: ЭКГ (срок давности не более 1 месяца), флюорография ОГК (или рентгенография ОГК) (срок давности не более 1 года), ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (срок давности не более 1 месяца), при наличии: результаты гормонального обследования, КТ, МРТ.

8. При выявлении показаний для получения специализированной медицинской помощи в МО, подведомственных федеральным органам исполнительной власти (оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в Федеральных центрах) во время нахождения в отделении эндокринологии, заведующим отделением эндокринологии совместно с лечащим врачом проводится ТМК с МО (плановая или неотложная) с решением вопроса о последующем направлении.

Таблица 13

Маршрутизация на стационарное лечение по скорой/плановой медицинской помощи

№	Направляющая МО	МО	Расстояние, время доезда
1.	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения)	ГБ №1, отделение эндокринологии, отделение анестезиологии и реанимации, ул. Адм. Октябрьского, д. 19	От 5 км, 13 минут до 28-30 минут, 15 км
2.	ГБ № 4		46 минут, 29 км авто, 20 минут, 5 км катер+авто
3.	ГБ № 9		От 33 минут, 16 км до 48 минут, 36 км

9. При подозрении/выявлении патологии гипофиза на амбулаторном этапе проводится: осмотр эндокринолога, невролога, ЛОР, окулиста (периметрия, глазное дно), определение тропных гормонов гипофиза, далее направляется на консультацию нейрохирурга с определением показаний к проведению оперативного лечения и направления в Федеральный центр.

10. Показания для госпитализации пациентов с патологией гипофиза в Федеральный центр для диагностики:

10.1. Отсутствие визуализации аденомы гипофиза по МРТ при наличии клинических или лабораторных данных, подтверждающих гиперфункцию гипофиза;

10.2. Отсутствие визуализации аденомы гипофиза/размеры аденомы гипофиза менее 6 мм при подтвержденном АКТГ-зависимом гиперкортицизме;

10.3. Дискордантность лабораторных данных и клинической картины заболевания при аденомах гипофиза;

10.4. Подозрение на редкие формы гипопитуитаризм (гистиоцитоз, саркоидоз).

11. Показания пациентов с патологией гипофиза для госпитализации в Федеральный центр для лечения:

11.1 необходимость нейрохирургического лечения;

11.2. необходимость выбора оптимального метода лечения при неэффективности проводимого лечения;

11.3. коморбидные пациенты.

12. Показания пациентов с патологией гипофиза для госпитализации в Федеральный центр для наблюдения:

12.1. пациенты с множественной эндокринной патологией;

12.2. коморбидные пациенты (сочетание патологии гипофиза с тяжелой сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями скелета);

12.3. необходимость репродуктивной реабилитации пациентов.

13. После окончания стационарного лечения или после выписки из Федерального центра пациент с копией выписки направляется к эндокринологу по месту территориального прикрепления или в РЭЦ (в случае отсутствия эндокринолога в МО) для дальнейшего диспансерного наблюдения.

Таблица 14

Перечень медицинских организаций для маршрутизации пациентов с эндокринными заболеваниями (за исключением сахарного диабета) для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также в федеральных центрах

Группа заболеваний	МО	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в федеральных центрах
Заболевания щитовидной железы: гипотиреоз (гипотиреоз послеоперационный, гипотиреоз врожденный, амиодарон-индуцированный гипотиреоз)	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского, д. 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова», ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Заболевания щитовидной железы с тиреотоксикозом (диффузный токсический зоб, амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз, функциональная автономия) Подострый тиреоидит	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, хирургическое отделение, ул. Адм. Октябрьского, д. 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова» ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, отделение опухолей головы и шеи
Узловой зоб, многоузловой, диффузный зоб без нарушения функции	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, хирургическое отделение, ул. Адм. Октябрьского, д. 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова» ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава

Группа заболеваний	МО	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в федеральных центрах
			России ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, отделение опухолей головы и шеи
Патология парашитовидных желез	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, хирургическое отделение, ул. Адм. Октябрьского, д. 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова» Минздрава России ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, отделение опухолей головы и шеи
Заболевания гипопиза	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, отделение нейрохирургии, ул. Адм. Октябрьского, 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова»
Несахарный диабет	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского, 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова»
Надпочечниковая недостаточность	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского, 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова»
Образования надпочечников	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского, 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова»
МЭН	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского, 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова»
Группа заболеваний с нарушением формирования пола	ГБ № 1 (все поликлинические подразделения). ГБ № 4, ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского, 19	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова»

Раздел 4. Особенности оказания медицинской помощи беременным с эндокринными заболеваниями (за исключением сахарного диабета)

1. Все беременные женщины с эндокринной патологией направляются на консультацию к эндокринологу в медицинские организации по месту

территориального прикрепления, а в случае отсутствия эндокринолога – в РЭЦ (электронная запись через МИС АИС Витакор), в срок не более 7 рабочих дней от обращения к врачу любой клинической специальности (терапевт, врач общей практики (семейный врачом), акушер-гинеколог).

2. Показания для направления беременных пациенток с эндокринными заболеваниями в РЭЦ:

- отсутствие компенсации заболевания на фоне проводимой терапии;
- при впервые выявленных во время беременности эндокринных заболеваниях;
- для проведения мультидисциплинарных консилиумов для определения дальнейшей тактики ведения;
- определение показаний к направлению пациентки в Федеральный центр;
- для проведения терапевтического обучения пациенток с нарушениями углеводного обмена.

3. При наличии показаний для госпитализации, все беременные женщины госпитализируются в отделение эндокринологии ГБ № 1 при отсутствии акушерских противопоказаний.

4. Показания для госпитализации беременных женщин в отделение эндокринологии:

- отсутствие компенсации заболевания на фоне проводимой терапии и невозможность ее достижения на амбулаторном этапе;
- при впервые выявленных во время беременности эндокринных заболеваниях;
- для проведения мультидисциплинарных консилиумов для определения дальнейшей тактики ведения при отсутствии возможностей их проведения на амбулаторном этапе;
- для проведения терапевтического обучения пациенток с нарушениями углеводного обмена.

5. При наличии акушерской патологии, требующей лечения в круглосуточном стационаре, госпитализируются в ГБ № 5, родильный дом, пр. Ген. Острякова 211А, при необходимости проводится консультация эндокринолога в роддоме.

6. В послеродовом периоде рекомендована консультация в РЭЦ для коррекции терапии всем пациенткам с диагнозами:

- гипопаратиреоз (E20.0, E20.1, E20.8, E20.9), некомпенсируемый на стандартной терапии;
- первичный гиперпаратиреоз (E21.0);
- Акромегалия и гипопитарный гигантизм (E22.0);
- гиперпролактинемия (E22.1);
- несахарный диабет (E23.2, N25.1);
- болезнь Иценко-Кушинга гипопитарного происхождения (E24.0);
- Синдром Иценко-Кушинга (E24.9);

- эктопический АКТГ-синдром (E24.3);
- первичный гиперальдостеронизм (E26.0);
- феохромоцитома/параганглиома (E27.5, C74.1, C75.5, D35.0, D35.8, D35.6);
- аутоиммунная полигландулярная недостаточность (E31.0);
- синдром множественных эндокринных неоплазий (E31.1).

Маршрутизация пациенток согласно территориальному принципу представлена в таблице 15.

Таблица 15

Перечень медицинских показаний для маршрутизации беременных с эндокринными заболеваниями (за исключением СД) для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи

Место территориального прикрепления пациента для получения амбулаторной помощи, диспансерного наблюдения	Оказание первичной специализированной помощи врача-эндокринолога по месту территориального прикрепления (указать название МО)	Оказание первичной специализированной помощи врача-эндокринолога в РЭЦ (указать название МО) Расстояние от м/ж, время доезда
ГБ № 1	ГБ № 1, Поликлиника № 1, Поликлиника № 2, Поликлиника № 3, Поликлиника № 4 Поликлиника № 5	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1 От 2-5 км, 10-15 минут до 15 км, 28 минут
ГБ № 4	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1 46 минут, 29 км – авто, 20 минут, 5 км – катер+авто
ГБ № 9	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5 г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1 48 минут, 36 км 30 минут, 18 км

7. Перечень заболеваний и клинических состояний у беременных с эндокринными заболеваниями, по которым обязательна дистанционная консультация/консилиум с федеральным центром:

- гипопаратиреоз (E20.0, E20.1, E20.8, E20.9), некомпенсируемый на стандартной терапии;
- первичный гиперпаратиреоз (E21.0);
- акромегалия и гипофизарный гигантизм (E22.0);
- гиперпролактинемия (E22.1), беременность при пролактиноме, резистентной или частично резистентной к агонистам дофамина;
- несахарный диабет (E23.2, N25.1);
- болезнь Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения (E24.0);
- синдром Иценко-Кушинга (E24.9);
- эктопический АКТГ-синдром (E24.3);
- первичный гиперальдостеронизм (E26.0);

- феохромоцитома/параганглиома (E27.5, C74.1, C75.5, D35.0, D35.8, D35.6);
- аутоиммунная полигландулярная недостаточность (E31.0);
- синдром множественных эндокринных неоплазий (E31.1);
- злокачественное новообразование щитовидной железы (C73);
- злокачественное новообразование надпочечника (C74);
- ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (E66.0), беременность после бариатрической операции.

Раздел 5. Порядок оказания медицинской помощи детскому населению с эндокринной патологией в государственных учреждениях здравоохранения города Севастополя, включая этапы маршрутизации

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи детям с эндокринными заболеваниями (далее дети) в медицинских организациях города Севастополя.
 2. Медицинская помощь детям оказывается в виде:
 - первичной медико-санитарной помощи;
 - скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
 - специализированной медицинской помощи.
 3. Медицинская помощь детям может оказываться в следующих условиях:
 - амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
 - в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
 - стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
 4. Первичная медико-санитарная помощь детям включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, диспансерному наблюдению, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению детей.
 5. Первичная медико-санитарная помощь детям включает:
 - первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
 - первичную врачебную медико-санитарную помощь;
 - первичную специализированную медико-санитарную помощь.
- Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям в амбулаторных условиях осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-эндокринологом детской поликлиники.

Профилактические осмотры детей врачом детским эндокринологом поликлиники осуществляется в декретированные возрастные периоды (6 лет, 10 лет, 15 лет, 16 лет и 17 лет) согласно Приказу МЗ РФ № 211н.

Врачи детские эндокринологи КДЦ ГБ № 5, ГБ № 4, ГБ № 9 могут осуществлять профилактические осмотры в декретированные возрастные периоды (6 лет, 10 лет, 15 лет, 16 лет и 17 лет) на базе кабинета детского эндокринолога при поликлинике, а также в составе выездной бригады в СОШ города Севастополя.

При выявлении детей, с избытком или дефицитом веса, задержкой темпов роста или задержкой полового развития, отсутствием старта пубертата или раннего полового развития, увеличением щитовидной железы, увеличением грудных желез у мальчиков, избыточным ростом волос в андрогензависимых зонах у девочек, в ходе проведения профосмотра направить данных пациентов к детскому эндокринологу детской поликлиники по месту жительства или к детскому эндокринологу КДЦ ГБ № 5.

Дети с эндокринной патологией направляются к врачу КП ДМЦ ГБ № 5 не реже 1 раза в 3-6 месяц. Контроль за своевременным посещением специалиста КП ДМЦ ГБ № 5 осуществляет врач эндокринолог детской поликлиники, при отсутствии эндокринолога - участковый врач-педиатром.

6. Первичная специализированная медицинская помощь оказывается в кабинете врача эндокринолога КП ДМЦ ГБ № 5, специализированная – в стационаре ГБ № 5, и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов, а также медицинскую реабилитацию.

При подозрении или выявлении у детей эндокринных нарушений врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи эндокринологи, другие врачи специалисты направляют детей на консультацию к врачу детскому эндокринологу КДЦ ГБ № 5 по направлению форма № 057/у в плановом порядке.

Обследование детей с эндокринными нарушениями проводится в амбулаторных условиях на базе КП ДМЦ, а также в дневном стационаре КП ДМЦ, и стационаре на базе педиатрического отделения № 2 ГБ № 5 на эндокринологической койке.

Лечение детей с эндокринными нарушениями проводится детским специалистом эндокринологом детской поликлиники и/или детским эндокринологом КП ДМЦ ГБ № 5.

Медицинская помощь в кабинете специалиста детского эндокринолога КП ДМЦ ГБ № 5 осуществляется в плановом порядке при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни детям, не требующих экстренной или неотложной помощи, по предварительной записи. При наличии медицинских показаний к лечению детей привлекаются врачи-специалисты других специальностей.

Таблица 16

Маршрутизация на стационарное лечение по скорой, в том числе неотложной /плановой медицинской помощи с проведением лабораторных, в том числе гормональных и инструментальных исследований

№	Направляющая МО	МО	Расстояние, время доезда
1.	ГБ № 5 (все поликлинические подразделения) Ленинский, Нахимовский (Корабельная сторона) и Гагаринский муниципальные округа	ГБ № 5, отделение педиатрии № 2, эндокринологическая койка, пр. Генерала Острякова, 211а	От 10 минут до 30 минут, от 3 до 10 км в зависимости от подразделения
2.	ГБ № 4 Нахимовский (Северная сторона), Качинский, Андреевский, Верхнесадовский муниципальные округи		45 минут, 30 км авто, 15 минут, 10 км катер+авто
3.	ГБ № 9 Балаклава, Инкерман, Терновский и Орлиновские муниципальные округа		От 15 минут, 10 км до 45 минут, 30 км

7. Оказание медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляется по медицинским показаниям при самостоятельном обращении больного, по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-эндокринолога или иного врача-специалиста медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи.

8. Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного.

9. Обследование, требующее проведения анестезиологического пособия, уточнения и верификации диагноза, проводится в условиях круглосуточного стационара ГБ № 5. Сложные исследования проводятся в условиях дневного стационара КП ДМП ГБ № 5. В случае, если проведение

медицинских манипуляций, связанных с оказанием помощи, медицинской может повлечь возникновение болевых ощущений у детей, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

10. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

11. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Состояния, которые требуют неотложной помощи у детей с эндокринной патологией, кроме сахарного диабета:

- тиреотоксический криз;
- гипотиреоидная кома;
- острая надпочечниковая недостаточность;
- адреналовый (феохромацитомный) криз;
- гипокалиемический криз;
- гиперкальциемический криз;
- гипокальциемический криз.

12. Бригада скорой медицинской помощи доставляет детей с угрожающими жизни состояниями в МО, имеющую в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное наблюдение и лечение детей – ГБ № 5.

13. При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний ребенок направляется в педиатрическое отделение ГБ № 5, при наличии показаний в федеральные лечебные учреждения для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

14. В случае возникновения угрожающих жизни состояний, больной переводится в отделение анестезиологии и реанимации для детского населения ГБ № 5.

15. При наличии у детей медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направляется в МО, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии Приказом МЗ РФ № 824н.

16. По заключению главного внештатного детского эндокринолога ребенок направляется на госпитализацию в Федеральные центры по ОМС или ВМП. Подготовку документов для направления пациента на госпитализацию по ВМП в другие регионы РФ осуществляет врач детский

эндокринолог детской поликлиники по месту жительства или участковый врач педиатр после проведения ТМК с данным медицинским учреждением и получения согласия/вызова на госпитализацию по ВМП.

17. Подготовку документов на МСЭК для установления статуса «ребенок инвалид» детям с эндокринными нарушениями также осуществляет врач участковый педиатр детской поликлиники по месту жительства.

18. Врачи детские эндокринологи КП ДМП ГБ № 5 являются ответственными за ведение федеральных регистров по эндокринной патологии. Для работы в регистре и его своевременного обновления ежемесячно выделяется один рабочий день со снятием амбулаторного приема пациентов.

Перечень обследований пациента при подозрении на эндокринную патологию

1) Ожирение 1-2-3 степени, (SDS ИМТ более +2,0 сигмы согласно федеральным клиническим рекомендациям, с учетом рекомендаций ВОЗ):

* биохимический анализ крови (липидограмма: холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ);

* Оральный глюкозо-толерантный тест с 1,75 гр глюкозы, но не более 75 грамм с определением глюкозы и инсулина до и после нагрузки;

* УЗИ органов брюшной полости.

* По показаниям:

при подозрении на гипотиреоз – ТТГ, св.Т4;

при подозрении на гиперкортицизм – кортизол, стимуляционная проба с дексаметазоном;

при подозрении на моногенное ожирение – кортизол, АКТГ, лептин;

при подозрении на гипоталамическое ожирение, гинекомастию у мальчиков, дисменорею у девочек – пролактин.

При гиперандрогении у девочек, дисменорею, и нарушениях полового развития у мальчиков – ЛГ, ФСГ, тестостерон, АМГ, глобулин, связывающий половые гормоны.

2) Дефицит массы тела при показателях SDS ИМТ менее -2,0 сигмы согласно федеральным клиническим рекомендациям, с учетом рекомендаций ВОЗ (потеря веса, не связанная с питанием):

* биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, общий холестерин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины);

* УЗИ органов брюшной полости;

* консультация гастроэнтеролога для исключения ферментопатий;

* консультация генетика для исключения других врожденных генетических форм ферментопатий.

3) Задержка роста – низкорослость (рост менее -2,0 сигмы согласно федеральным клиническим рекомендациям, с учетом рекомендаций ВОЗ и скорости роста менее 4 см за год):

- * рентгенография кистей для определения костного возраста;
- * биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза, общий холестерин, общий билирубин, АЛТ, АСТ, Са, фосфор, креатинин, мочевины;

- * гормоны крови (ТТГ, свТ4);

- * УЗИ малого таза или мошонки;

- * Соматомедин-С (инсулиноподобный фактор роста).

4) Высокий рост (гигантизм) (более +2 сигмы согласно федеральным клиническим рекомендациям, с учетом рекомендаций ВОЗ):

- * рентгенография кистей для определения костного возраста;

- * гормоны крови (ТТГ, св.Т4);

- * соматотропный гормон, соматомедин С – если рост ускорился в течение последних 2-х лет и отсутствии родственников с высокорослостью.

5) Патология щитовидной железы:

5.1 Врожденный гипотиреоз:

- * Оценка уровня ТТГ в цельной крови (неонатальный скрининг;

5.2 Первичный (субклинический) гипотиреоз:

- * Оценка уровня ТТГ, св.Т4 в сыворотке.

по показаниям: св.Т3, ТГ, сыв. железо, о.холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, УЗИ щ/ж, ЭКГ.

5.3 Тиреотоксикоз (гипертиреоз) и/или Аутоиммунный тиреоидит:

- * Оценка уровня ТТГ, св.Т4, св.Т3;

- * Определение АТ р ТТГ, АТТПО, АТТГ;

- * УЗИ щитовидной железы;

- * ЭКГ

- * офтальмологическое исследование для исключения офтальмопатии.

5.4 Узловой зоб:

- * Оценка уровня ТТГ, св.Т4, св.Т3;

- * Определение АТ р ТТГ, АТТПО, АТТГ, ТГ;

- * УЗИ щитовидной железы;

- * ТАПБ (тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия узла).

6) Задержка полового развития у девочек (отсутствие вторичных половых признаков: увеличение молочных желез к 13 годам и менструаций в 15 лет), у мальчиков (объем тестикул < 4 мл к 14 годам):

- * УЗИ мошонки (мальчикам), малого таза (девочкам);

- * УЗИ щитовидной железы;

- * рентгенография кистей для определения костного возраста; развернутый анализ крови,

- * гормоны крови (ТТГ, Т4 свободный, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин);

- * проведение стимуляционной пробы с гонадолиберином и ХГЧ;

- * МРТ ГМ (по показаниям).

7) Преждевременное половое развитие (наличие вторичных половых признаков у девочек в возрасте до 8 лет: увеличение грудных желез, появление оволосения на лобке или в подмышечных впадинах; у мальчиков до 9 лет увеличение тестикул, появление оволосения на лобке или в подмышечной области):

- * УЗИ мошонки (мальчикам), малого таза (девочкам);

- * рентгенография кистей для определения костного возраста;

- * гормоны крови (ЛГ, ФСГ – всем, эстрадиол – девочкам, тестостерон, β -ХГЧ, 17-ОНР, ДГЭАс – мальчикам, для исключения ВДКН при изолированном адренархе у девочек – 17-оксипрогестерон, ДГЭАс);

- * проведение стимуляционной пробы с гонадолиберином;

- * МРТ ГМ: всем мальчикам и девочкам до 6 лет, девочкам от 6 до 8 лет при наличии неврологической симптоматики.

8) Крипторхизм, гипоплазия яичек, монорхизм:

- * УЗИ мошонки,

- * Гормоны крови (ЛГ, ФСГ, тестостерон).

- * рентгенография кистей для определения костного возраста.

9) Патология надпочечников (слабость, снижение АД, бледность, быстрая утомляемость, похудание; по результатам УЗИ, КТ, МРТ - объемные образования; стойкая АГ, гипертонические кризы, связанные с физической нагрузкой):

- * неонатальный скрининг (17- ОПП);

- * УЗИ надпочечников, (МРТ надпочечников);

- * УЗИ ОМТ, мошонки;

- * Гормоны крови (кортизол, АКТГ, тестостерон, ДГЭА, кортизол, активность ренина плазмы, 17-ОПП);

- * электролиты - уровень калия, натрия в сыворотке;

- * рентгенография кистей для определения костного возраста;

- * кариотип.

10) Патология гипофиза (по результатам МРТ):

- * Гормоны ТТГ, АКТГ, ЛГ, ФСГ, Пролактин, СТГ, Соматомедин С.

- * окулист: глазное дно

- * рентгенография кистей для определения костного возраста.

11) Увеличение грудных желёз у мальчиков любого возраста:

11.1 Истинная гинекомастия (увеличение груди происходит за счет железистой ткани, под соском пальпируется плотное образование) пубертатная, или юношеская, гинекомастия, возникающая в период полового созревания при нормальном половом развитии, характеризуется появлением субареолярной односторонней или двусторонней припухлости, нередко довольно болезненной. Припухлость может исчезнуть по окончании пубертатного периода (вариант нормы);

11.2 Ложная гинекомастия или липомастия (грудь увеличивается за счет жировой ткани; в основном липомастия наблюдается у мальчиков с ожирением):

- * УЗИ грудных желез.

12) Нарушение фосфорно-кальциевого обмена, патология костной системы (2 и более переломов, непропорциональное телосложение, деформация костей, остеопения, рахит, остеопороз):

- * Биохимический анализ крови (кальций, ионизированный кальций, фосфор, магний, активность щелочной фосфатазы);

- * Паратгормон;

- * уровень кальция мочи/ креатинина мочи;

- * уровень витамина Д в сыворотке;

- * ЭКГ;

- * Рентгенография черепа, грудной клетки, костей таза, нижних конечностей;

- * офтальмологическое исследование.

13) Алопеция, витилиго:

- * Гормоны крови (ТТГ, св. Т4, тестостерон, кортизол, пролактин);

- * УЗИ ОБП, щ/ж.

- * Электролиты (натрий, калий, хлор, кальций, фосфор, магний).

14) Генетические заболевания, сопровождающиеся эндокринной патологией (Синдром Мак-Кьюна Олбрайта; Синдром Дауна; Синдром Тернера; Синдром Клайнфельтера; Синдром Нунан; Синдромы Рассела и Рассела-Сильвера; Синдром Вернера; Синдром Вильямса):

- * консультация генетика;

- * обследование в Федеральном центре с проведением генетической диагностики для выявления наследственной патологии.

19. Дети города Севастополя с эндокринной патологией для проведения МРТ с наркозом направляются в рамках ОМС: ГБ № 5.

Показания для проведения МРТ:

1. Гипоталамо-гипофизарные опухоли.

E22.1. D22.1 D32 D32.0 D32.9 D35 D35.2 D35.3 C70 C71 C72 C75 C75.1 C75.2.

2. Преждевременное половое развитие.

E22.8. E30.0.

3. Гипогонадизм.

E23.0 E23.3 E30.0 E89.3 Q96.0-Q96.4 Q96.8 Q96.9.

4. Болезнь / синдром Иценко-Кушинга.

E24.0 E24.1 E24.3 E24.8 E24.9

5. Гипопитуитаризм. E23.0.

6. Гигантизм (акромегалия). E22.0.

7. Несахарный диабет. E23.2.

20. Дети города Севастополя с эндокринной патологией для проведения КТ с наркозом направляются в рамках ОМС: ГБ № 5.

Показания для проведения КТ:

1. Гипоталамо-гипофизарные опухоли.

E22.1. D22.1 D32 D32.0 D32.9 D35 D35.2 D35.3 C70 C71 C72 C75 C75.1 C75.2.

2. Патология сосудов головного мозга

3. Опухоли надпочечников:

феохромоцитома, аденома, карцинома, гиперплазия надпочечников.

C74.0 C74.1 C74.9 D44.1

4. Опухоли гонад: яичек и яичников.

C62.0 C62.1 C62.9 C51-C58.B27.1

21. Дети с патологией ЩЖ в РО для проведения тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) направляются в рамках ОМС в:

1) онкологический институт «РНИОИ» (НМИЦ онкологии), г. Ростов на Дону – Южный федеральный округ;

2) ФГБУ «НМИЦ Эндокринологии им академика И.И. Дедова» Минздрава России, г. Москва;

3) ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

Показания к проведению ТАБ:

1. узловые образования ЩЖ, равные или превышающие 1 см в диаметре;

2. узловые образования размером <1 см, если пациент относится к группе риска наличия агрессивных форм РЩЖ, при наличии следующих факторов:

3. концентрация базального или стимулированного кальцитонина >100 пг/мл;

4. наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов;

5. облучение головы и шеи в анамнезе;

6. семейный анамнез РЩЖ;

7. паралич голосовой складки;

8. узловые образования ЩЖ, случайно выявленные при позитронно-эмиссионной томографии;
9. пациенты моложе 20 лет;
10. изменение ультразвуковой структуры доброкачественных узлов ЩЖ в процессе динамического наблюдения.

СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Педиатр детской поликлиники по месту жительства и/или обследование в рамках профилактического ежегодного осмотра (запись на прием к узкому специалисту, получение направления формы № 057/У).

Детский эндокринолог КП ДМЦ ГБ № 5 или детский эндокринолог детской поликлиники по месту жительства ГБ № 9 (запись на прием в течение 1-14 дней)

Осмотр специалистом, оценка антропометрических данных, физического и полового развития, выявление патологии щитовидной железы и других эндокринных нарушений в результате амбулаторного обследования.

Врач детский эндокринолог педиатрического отделения ГБ № 5 (оказание специализированной медпомощи 2 уровня от 7 до 21 дня):

Обследование в рамках федеральных клинических рекомендаций по профилю детская эндокринология и данному проекту маршрутизации.

Врач детский эндокринолог Федерального Центра Российской Федерации, при согласовании госпитализации через ТМК (оказание высокоспециализированной медицинской помощи от 1 до 6 месяцев):

Оказание высокоспециализированной помощи по ОМС или ВМП с проведением расширенного обследования при помощи ТАПБ, ПЕТ КТ, оперативного лечения эндокринной патологии, радиойодтерапии, генетического скрининга для подтверждения или исключения диагноза.

Таблица 17

Перечень показаний для направления детей с эндокринными заболеваниями для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за пределами региона, в том числе в Федеральные центры

Комплексное лечение нарушений формирования пола (НФП), ассоциированных с хромосомными аномалиями, дефектами биосинтеза надпочечниковых и тесткулярных стероидов, овотестикулярными изменениями и рецепторной нечувствительностью, включая	E25.0	Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов	Реконструктивно-пластические операции
	Q56	Неопределенность пола и псевдогермафродитизм	Реконструктивно-пластические операции
			Эндоскопическая двусторонняя гонадэктомия

многокомпонентную заместительную терапию, феминизирующую или маскулинизирующую пластику наружных гениталий.	E34.5	Синдром андрогенной резистентности	Реконструктивно-пластические операции
			Эндоскопическая двусторонняя гонадэктомия
Комплексное лечение тяжелых эндокринопатий, включая оперативное лечение	E21.0 E21.1	Первичный гиперпаратиреоз*; вторичный гиперпаратиреоз*	Парааденомэктомия
	E05.0 E05.2	Диффузный токсический зоб*; Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом*	Экстрафасциальная тиреоидэктомия
	E24.3 E24.9 E24.3 E24.9	Эктопический АКТГ-синдром*, нейроэндокринные опухоли* (с выявленным источником эктопической секреции)	Удаление эктопически расположенной опухоли
		Синдром Иценко-Кушинга неуточненный*	Лапароскопическая двусторонняя адреналэктомия

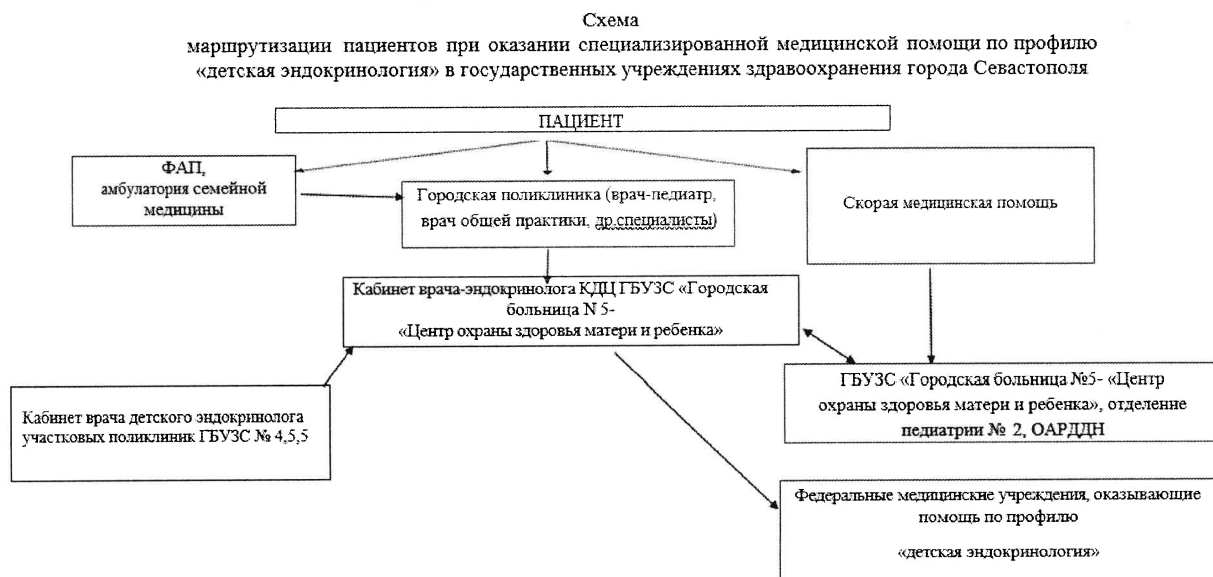
Таблица 18

Маршрутизация детей с эндокринными заболеваниями для оказания высокотехнологичной медицинской помощи

Группа заболеваний	МО	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в федеральных центрах
Эндокринные заболевания у детей E25.0, Q56, E34.5, E21.0, E21.1, E24.3, E24.9, E05.0, E05.2	ГБ № 5 (все поликлинические подразделения) ГБ № 4 ГБ № 9	ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. Академика И.И. Дедова» ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рисунок 1

Схема маршрутизации пациентов при оказании специализированной медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» в государственных учреждениях здравоохранения



Порядок направления детей с эндокринными заболеваниями на санаторно-курортное лечение

Обеспечение санаторно-курортным лечением в санаторно-курортных учреждениях, подведомственные МЗ РФ (далее – СКУ), осуществляется путем предоставления санаторно-курортных путевок больным при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний: после оказания первичной медико-санитарной помощи; в течение 6 месяцев после оказания специализированной медицинской помощи.

I. Срок лечения в санаторно-курортных учреждениях устанавливается в соответствии с утвержденными стандартами санаторно-курортной помощи.

II. При направлении несовершеннолетних с сахарным диабетом на санаторно-курортное лечение медицинский отбор пациентов, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, осуществляют лечащий врач и заведующий отделением, медицинской организации.

III. Лечащий врач определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний для его осуществления, в первую очередь для применения природных климатических факторов, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего амбулаторного или стационарного лечения, данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

IV. При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения лечащий врач представляет медицинские документы больного для рассмотрения и принятия решения врачебной комиссией медицинской организации.

V. При решении вопроса о выборе курорта, помимо заболевания, в соответствии с которым больному рекомендовано санаторно-курортное лечение, следует учитывать наличие сопутствующих заболеваний, условия поездки на курорт, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов на рекомендуемых курортах.

VI. Больных, которым показано санаторно-курортное лечение, но отягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушениями здоровья возрастного характера, в тех случаях, когда поездка на отдаленные курорты может вредно отразиться на общем состоянии здоровья, следует направлять в близлежащие СКУ соответствующего профиля.

VII. В случае положительного решения ВК УЗ о необходимости направления больного на санаторно-курортное лечение лечащим врачом УЗ оформляется справка для получения путевки по форме № 070/у-04, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» (зарегистрирован Минюстом России 14.12.2004 № 6189) (далее - справка для получения путевки по форме № 070/у-04), с рекомендацией санаторно-курортного лечения, о чем лечащий врач детского эндокринологического отделения НИИАП делает соответствующую запись в медицинской карте больного.

VIII. Справка для получения путевки по форме № 070/у-004 подшивается в медицинскую карту больного, срок действия справки для получения путевки составляет 6 месяцев. Справка подлежит заполнению лечащим врачом детского эндокринологического отделения по всем обязательным разделам с использованием информации на обратной стороне справки. При положительном решении ВК НИИАП о необходимости направления больного на санаторно-курортное лечение ответственное лицо (лечащий врач, главный врач) направляет сведения о больном, нуждающемся в санаторно-курортном лечении, в СКУ на согласование. В случае положительного решения СКУ о принятии больного на санаторно-курортное лечение лечащий врач детского эндокринологического отделения оформляет и выдает больному:

- санаторно-курортную путевку;
- санаторно-курортную карту по форме № 072/у-04, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение», подписанную лечащим врачом детского эндокринологического отделения и заведующим детским эндокринологическим отделением;
- выписку из медицинской карты больного с подробным описанием проведенного лечения и рекомендациями по дальнейшему лечению (далее – выписка).

О выдаче санаторно-курортной карты по № 072/у-04 лечащий врач детского эндокринологического отделения делает соответствующую запись в медицинской карте больного.

Таблица 19

Список санаториев по профилю эндокринология

№	Название санатория	Дети	Мать и дитя
Эндокринология			
1	ФГБУ Санаторий им. М.И. Калинина (г. Ессентуки)	нет	4-17 лет
2	ФГБУ Детский санаторий «Горный воздух» (г. Железноводск)	нет	4-17 лет
3	ВДЦ «Алые Паруса» (г. Евпатория)	5-9 класс (10-15 лет)	Нет

Раздел 6. Особенности оказания медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями (за исключением сахарного диабета) с применением ТМК

1. Перед проведением ТМК пациент должен быть информирован врачом о необходимости/желательности ее проведения, ее возможностях и ограничениях, после чего пациент/законный представитель оформляет согласие на медицинское вмешательство с применением телемедицинских технологий, на обработку персональных данных, в том числе в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой подписи (при наличии технической возможности). При отсутствии согласия пациента оказание медицинской помощи в формате ТМК не осуществляется.
2. Все МО, подведомственные ДЗ Севастополя, оказывают медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий согласно Приказу ДЗ от 05.11.2024 № 954 «Об особенностях взаимодействия между медицинскими организациями, подведомственными ДЗ, при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций».
3. Дистанционное взаимодействие между МО при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 30.11.2021 № 965н.
4. Дистанционное взаимодействие непосредственно медицинских работников при проведении ТМК формата «врач-врач»:
 - 4.1. Для проведения ТМК (консилиумов) со специалистами МО, подведомственных ДЗ, используется подсистема ТМК «Региональной интегрированной электронной медицинской карты», доступная в защищенной сети передачи данных по адресу lk.sevmias.ru (далее – система ТМК).
 - 4.2. Доступ к системе ТМК предоставляется сотрудниками ГБУЗС «МИАЦ» на основании полученных заявок в системе баг-трекинга Mantis по адресу help.sevmias.ru Идентификация и аутентификация пользователей в Системе ТМК осуществляется с использованием ЕСИА.
 - 4.3. Уведомление о назначенной ТМК транслируется на e-mail, привязанную к учетной записи пользователя.
 - 4.4. Система ТМК позволяет проводить плановые, неотложные, экстренные и консультации на основании полученных диагностических исследований; участники консультаций в формате «врач-врач»: лечащий врач пациента (или заведующий отделением), запрашивающий консультацию, врач/заведующий отделением, по профилю запрашиваемой консультации.
 - 4.5. Система ТМК позволяет проводить видео-консультации, прикреплять необходимые медицинские документы для заочного изучения и предоставления заключения, проводить консилиумы с участием нескольких специалистов;

4.6. По итогам проведения ТМК врач-консультант формирует заключение и подписывает усиленной квалифицированной электронной подписью для дальнейшей отправки СЭМД «Протокол телемедицинских консультаций» (далее СЭМД) в подсистему «Федеральный реестр электронных медицинских документов» ЕГИСЗ (далее — ФРЭМД).

4.7. Врач-консультант несет ответственность за достоверность данных и качество заполнения СЭМД.

4.8. Врач-консультант обеспечивает передачу СЭМД в ФРЭМД не позднее 3 дней после проведения плановой консультации, в сроки от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса на проведение консультации в экстренной форме, от 3 до 24 часов с момента поступления запроса в консультирующую медицинскую организацию при проведении консультации с применением телемедицинских технологий в неотложной форме.

4.9. Для проведения телеконсультации (консилиумов) с специалистами Национальных медицинских исследовательских центров Российской Федерации, используется телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней по адресу: tmk.minzdrav.gov.ru.

Ответственное лицо в МО - заведующий поликлиникой (амбулаторная ТМК)/ заведующий отделением (стационарная ТМК).

Решение о проведении ТМК принимается врачом эндокринологом, с обоснованием в медицинской карте пациента.

Критерии оформления протокола ТМК в федеральный центр: дата проведения, консультирующая МО (НМИЦ), информация о пациенте, цель консультации, диагноз, вопросы к консультантам.

После проведения ТМК, в медицинской карте отражаются полученные данные с рекомендациями, составляется/корректируется план ведения/лечения пациента, с последующим динамическим наблюдением. Копия протокола ТМК с федеральным центром прикрепляется в виде файла в электронной карте пациента, в бумажном виде в случае ведения бумажной амбулаторной карты. Копия протокола выдается пациенту на руки, пациент информируется о результатах ТМК.

5. Дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами или их законными представителями при проведении телеконсультаций в формате «врач-пациент»:

5.1. Телеконсультации по типу врач-пациент назначаются лечащим врачом после проведения первичного приема в случае возможности проведения повторного осмотра без присутствия пациента;

5.2. Лечащий врач открывает запись на удаленную консультацию в региональной медицинской информационной системе (далее — РМИС) на свободный талон;

5.3. Лечащий врач распечатывает и передает пациенту талон на удаленную консультацию, который содержит в себе QR-код для подключения к видеоконференцсвязи;

5.4. Лечащий врач распечатывает документ «Информированное добровольное согласие», передает пациенту на ознакомление и подписание. Подписанное соглашение прикрепляет к карте пациента;

5.5. В назначенное время лечащий врач и пациент выполняют подключение по видеоконференцсвязи для проведения повторного осмотра, по итогам осмотра лечащий врач заполняет осмотр и формирует протокол телемедицинской консультации, подписывает СЭМД;

5.6. Лечащий врач несет ответственность за достоверность данных и качество заполнения СЭМД;

5.7. Лечащий врач обеспечивает передачу СЭМД в ФРЭМД не позднее 3 дней после проведения консультации;

5.8. Ссылка на запись проведенной видеоконференцсвязи прикрепляется в РМИС к повторному осмотру пациента.

6. Техническая поддержка:

6.1. Первый уровень технической поддержки обеспечивает МО. Поддержка конечных пользователей (врачей-консультантов и врачей-инициаторов) включает:

- мониторинг и контроль работоспособности периферийного оборудования и локальной сети;

- решение типовых вопросов использования информационной системы в рамках эксплуатации;

- прием, обработка и первоначальный анализ поступивших от пользователей заявок, связанных с неработоспособностью информационной системы, доработкой функционала, выполнением настроек;

- формирование перечня необходимых доработок, полученных по запросам пользователей.

6.2. Второй уровень технической поддержки обеспечивает ГБУЗС «МИАЦ»:

- обработка вопросов, которые невозможно решить на первом уровне технической поддержки включает: управление доступом, штатная настройка опций/параметров информационной системы;

- регламентное техническое обслуживание информационной системы;

- проведение работ по устранению причин неполадок совместно с разработчиком информационной системы;

- анализ перечня доработок, формирование технического задания, взаимодействие с разработчиками и осуществление доработок;

- при необходимости — разработка технической документации.

6.3. Техническую поддержку пациентов (их законных представителей) обеспечивает консультирующая МО.

Пациенты могут получить техническую поддержку путем обращения в МО.

7. Хранение и обеспечение защиты данных:

7.1. Направление на ТМК врач-врач (консилиум) формируется на основе учетной формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255 в форме СЭМД, подписанного УКЭП и переданного в подсистему «Федеральный реестр электронных медицинских документов» ЕГИСЗ.

7.2. Регистрация материалов, полученных по результатам дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, медицинских работников и пациентов (или их законных представителей) в Федеральном реестре электронных медицинских документов осуществляется с учетом требований к перечню регистрируемых электронных медицинских документов и их форматам.

Таблица 20

Схема организации консультаций с применением телемедицинских технологий по эндокринологии

Уровень консультации	МО (ее подразделение), инициирующее телеконсультацию (консилиум)	Консультирующая МО	Форма телеконсульта
I-й уровень	Фельдшерско-акушерский пункт, сельская врачебная амбулатория, женская консультация МО	ГБ № 1 взрослое население; ГБУ № 5 детское население	Экстренная, неотложная, плановая
2-й уровень	МО, оказывающие специализированную медицинскую помощь	ГБ № 1 взрослое население; ГБУ № 5 детское население	Экстренная, неотложная, плановая
3-й уровень	МО, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь	Федеральные медицинские организации Национальные медицинские исследовательские центры Российской Федерации	Экстренная, неотложная, плановая

Таблица 21

Перечень заболеваний/состояний (кодов Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)) по профилю «эндокринология, по которым дистанционные консультации с применением телемедицинских технологий с ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России являются обязательными

№ п/п	Код МКБ-10	Заболевание/состояние	Примечание
1.	E10.4	Сахарный диабет 1 типа с неврологическими осложнениями	Острая стадия диабетической нейроостеоартропатии Пациенты с сахарным диабетом 1 типа после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей Болевая форма диабетической полинейропатии спустя 3 месяца после начала терапии
2.	E10.5	Сахарный диабет 1 типа с нарушениями периферического кровообращения	Острая стадия диабетической нейроостеоартропатии Пациенты с сахарным диабетом 1 типа после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей Болевая форма диабетической полинейропатии спустя 3 месяца после начала терапии
3.	E10.7	Сахарный диабет 1 типа с множественными осложнениями	После аллотрансплантации почки или сочетанной аллотрансплантации почки и панкреатодуоденального комплекса (кроме коррекции иммуносупрессивной терапии) Острая стадия диабетической нейроостеоартропатии Пациенты с сахарным диабетом 1 типа после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей Болевая форма диабетической полинейропатии спустя 3 месяца после начала терапии
4.	E11.4	Сахарный диабет 2 типа с неврологическими осложнениями	Острая стадия диабетической нейроостеоартропатии Пациенты с сахарным диабетом 2 типа после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей Болевая форма диабетической полинейропатии спустя 3 месяца после начала терапии
5.	E11.5	Сахарный диабет 2 типа с нарушениями периферического кровообращения	Острая стадия диабетической нейроостеоартропатии Пациенты с сахарным диабетом 2 типа после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей Болевая форма диабетической полинейропатии спустя 3 месяца после начала терапии

№ п/п	Код МКБ-10	Заболевание/состояние	Примечание
6.	E11.6	Сахарный диабет 2 типа с другими уточненными осложнениями	Пациенты с сахарным диабетом 2 типа после бариатрических операций (гастрошунтирование, в том числе минигастрошунтирование с наложением одного желудочно-кишечного анастомоза; билиопанкреатическое шунтирование, в том числе с наложением дуоденоилеоанастомоза) в течение 3-4 недель после операции
7.	E11.7	Сахарный диабет 2 типа с множественными осложнениями	После аллотрансплантации почки или сочетанной аллотрансплантации почки и панкреатодуоденального комплекса (кроме коррекции иммуносупрессивной терапии) Острая стадия диабетической нейроостеоартропатии Пациенты с сахарным диабетом 2 типа после бариатрических операций (гастрошунтирование, в том числе минигастрошунтирование с наложением одного желудочно-кишечного анастомоза; билиопанкреатическое шунтирование, в том числе с наложением дуоденоилеоанастомоза) в течение 3-4 недель после операции
8.	E20.0	Идиопатический гипопаратиреоз	Гипопаратиреоз, некомпенсируемый на стандартной терапии
9.	E20.1	Псевдогипопаратиреоз	Гипопаратиреоз, некомпенсируемый на стандартной терапии
10.	E20.8	Другие формы гипопаратиреоза	Гипопаратиреоз, некомпенсируемый на стандартной терапии
11.	E20.9	Гипопаратиреоз неуточненный	Гипопаратиреоз, некомпенсируемый на стандартной терапии
12.	D82.1	Синдром Ди Георга	Гипопаратиреоз, некомпенсируемый на стандартной терапии
13.	E89.2	Гипопаратиреоз, возникший после медицинских процедур	Гипопаратиреоз, некомпенсируемый на стандартной терапии
14.	E22.2	Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона	
15.	E24.3	Эктопический АКТГ-синдром	
16.	E31.0	Аутоиммунная полигландулярная недостаточность	
17.	E31.1	Полигландулярная гиперфункция	
18.	E31.8	Другая полигландулярная дисфункция	
19.	E87.0	Гиперосмолярность и гипернатриемия	
20.	E87.1	Гипоосмолярность и гипонатриемия	

№ п/п	Код МКБ-10	Заболевание/состояние	Примечание
21.	D35	Доброкачественное новообразование других и неуточненных эндокринных желез	D35.7 Других уточненных эндокринных желез D35.8 Поражение более чем одной эндокринной железы
22.	D44.8	Поражение более чем одной эндокринной железы	
23.	C75.0	Злокачественное новообразование паращитовидной [околощитовидной] железы	

Раздел 7. Направления пациентов с эндокринными заболеваниями (за исключением сахарного диабета) на санаторно-курортное лечение и реабилитацию

Порядок оформления медицинских документов для направления пациентов на медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение (за исключением сахарного диабета).

При необходимости в санаторно-курортном лечении и отсутствии к нему противопоказаний, пациент направляется на консультацию к ГВС по реабилитации и санаторно-курортному лечению, далее формируется заявка на проведение ТМК с субъектом Российской Федерации, имеющий соответствующие санаторно-курортные факторы для проведения лечения.

После получения заключения ТМК пациент направляется в медицинскую организацию по месту территориального прикрепления для оформления ф072у.

Частота санаторно-курортного лечения 1 раз в 2 года.

Таблица 22

Показания для проведения санаторно-курортного лечения (за исключением сахарного диабета)

Медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения с болезнями эндокринной системы				
№ п/п	Код МКБ	Название заболевания	Форма, стадия, фаза, степень, тяжесть заболевания	Природные лечебные ресурсы
1	E01.0 E01.8	Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью Другие болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния	Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния при увеличении железы не более 2 степени	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
2	E02	Субклинический гипотиреоз вследствие йодной	Диффузный эндемический зоб с гипотиреозом легкой степени	Минеральные воды (для наружного

Медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения с болезнями эндокринной системы				
		недостаточности		бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
3.	E04.0	Нетоксический диффузный зоб	Диффузный эндемический зоб при увеличении щитовидной железы не более 2 степени.	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
	E04.1	Нетоксический одноузловой зоб		
	E04.2	Нетоксический многоузловой зоб	Узловой зоб при увеличении щитовидной железы не более 2 степени	Лечебный климат
4.	E05	Тиреотоксикоз [гипертиреоз]	При увеличении щитовидной железы не более 2 степени. Тиреотоксикоз легкой степени после подбора лечения (тиреотропный гормон и свободный T4 (тироксин, тетрайодтиронин) находятся в пределах референсных значений) и средней степени без выраженных осложнений со стороны системы органов кровообращения при условии достаточной коррекции гормональных нарушений после подбора лечения (тиреотропный гормон и свободный T4 (тироксин, тетрайодтиронин) находятся в пределах референсных значений в нежаркое время года)	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
	E05.0	Тиреотоксикоз с диффузным зобом		
5.	E06.3	Аутоиммунный тиреоидит	Увеличение щитовидной железы не более 2 степени при условии достаточной коррекции гормональных нарушений	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
	E06.5	Другой хронический тиреоидит		
6.	E07.1	Дисгормональный зоб	Эутиреоидное состояние, гипотиреоз, гипертиреоз	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
	E07.8	Другие уточненные болезни щитовидной железы		
7.	E23.2	Несахарный диабет	Центральный несахарный диабет, хроническое течение, медикаментозная компенсация на фоне приема лекарственных препаратов группы вазопрессина и его аналогов (нормонатриемия). Отсутствие активного опухолевого процесса, который явился причиной несахарного диабета	Минеральные воды (питьевые и для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
8.	E28.0	Избыток эстрогенов	В фазе компенсации, субкомпенсации	Минеральные воды (для наружного бальнеотерапевтического применения)
	E28.3	Первичная яичниковая недостаточность		
9.	E66.0	Ожирение, обусловленное	Ожирение первичное,	Минеральные воды

Медицинские показания для санаторно-курортного лечения взрослого населения с болезнями эндокринной системы				
	E66.1	избыточным поступлением энергетических ресурсов	экзогенное, конституциональное	(питьевые и для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат
	E66.2	Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств	I - III степени, без декомпенсации кровообращения или при недостаточности кровообращения не выше 1 степени	
	E66.8	Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией		
	E66.8	Другие формы ожирения		
10.	E68	Последствия избыточности питания	Избыточная масса, ожирение I - III степени, без декомпенсации кровообращения или при недостаточности кровообращения не выше 1 степени, при отсутствии легочной недостаточности, апноэ, синдрома Пиквика	Минеральные воды (питьевые и для наружного бальнеотерапевтического применения), лечебный климат

II. Порядок маршрутизации пациентов с СД (взрослые)

Разработка Порядка маршрутизации основывается на положении следующих нормативно-правовых актов:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2335 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый 2025 и 2026 годов».

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология».

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия».

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации отдельных групп взрослого населения».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.20.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 276н «Об утверждении случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной и специализированной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации вне таких организаций».

11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2016 № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения».

13. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.12.2019 № 1940 «Об утверждении Правил предоставления межбюджетных трансферов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических осмотров населения».

14. Региональная программа города Севастополя «Борьба с сахарным диабетом», утвержденная распоряжением Губернатора города Севастополя от 27.06.2025 № 92-РП.

15. Приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 12.02.2021 № 130 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с эндокринными заболеваниями в городе Севастополе».

16. Приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 30.12.2022 № 1459 «Об утверждении Положения об организации деятельности кабинетов терапевтического обучения «Школа для пациентов с сахарным диабетом».

17. Приказ Департамента здравоохранения города Севастополя от 08.12.2023 № 1261 «Об утверждении Плана мероприятий («Дорожной карты») «Об организации Регионального эндокринологического центра в городе Севастополе».

18. Приказ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» от 31.01.2024 «об организации Регионального эндокринологического центра в ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

19. Приказа Департамента здравоохранения города Севастополя от 05.11.2024 № 954 «Об особенностях взаимодействия между медицинскими

организациями, подведомственными Департаменту здравоохранения города Севастополя, при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций».

Раздел 1. Диагностика сахарного диабета

1. Диагностика СД осуществляется в соответствии с последними клиническими рекомендациями по лечению пациентов в СД, одобренных научно-практическим Советом Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также Приказом МЗ РФ № 404н.

2. Диагноз СД (СД 1 типа, СД 2 типа, гестационный сахарный диабет (ГСД)) и другие нарушения гликемии (нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ), нарушенная гликемия натощак (НГН)), устанавливаются:

- при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;
- на амбулаторном приеме;
- при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, на основании лабораторных определений уровня гликемии.

3. Диагноз СД (СД 1 типа, СД 2 типа, ГСД) и другие нарушения гликемии (НТГ, НГН) устанавливается врачом клинической специальности: врачом терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом эндокринологом, а также врачами других клинических специальностей, по факту выявления отклонений от нормы и с учетом диагностических критериев нарушения углеводного обмена.

4. Выявление СД в рамках диспансеризации и профилактического медицинского осмотра осуществляется в соответствии с Приказом МЗ РФ № 404н путем:

- определения уровня глюкозы в крови натощак на первом этапе диспансеризации;
- проведения на втором этапе диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза исследования уровня гликированного гемоглобина в крови (для лиц с подозрением на СД по назначению врача-терапевта по результатам осмотров и исследований первого этапа диспансеризации).

Срок направления пациента для исследования гликированного гемоглобина на втором этапе диспансеризации не должен превышать 14 рабочих дней с момента установления повышенного уровня глюкозы в крови.

5. На амбулаторном приеме или в условиях прохождения стационарного лечения при впервые выявленной гипергликемии для верификации диагноза СД пациент в течение 3 рабочих дней направляется на повторное определение глюкозы в крови натощак и определение гликированного гемоглобина

(за исключением несомненной гипергликемии и явных симптомов метаболической декомпенсации углеводного обмена).

6. Забор биологического материала (кровь на гликированный гемоглобин) производится в процедурном кабинете поликлиники (амбулатории) МО по месту прикрепления. Далее биологический материал транспортируется в центральную лабораторию МО согласно территориальному принципу прикрепления.

В случае возникших кадровых или материально-технических ограничений в МО, доставка биологического материала осуществляется в организации, включенные в ТППГ, в рамках МУР.

7. Диагноз ГСД может быть установлен на основании однократного определения гликемии.

8. В случае получения сомнительных значений гликемии для уточнения диагноза проводится пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ): на фоне не менее чем 3-дневного неограниченного питания (более 150 г углеводов в сутки) и обычной физической нагрузки, накануне теста предшествует ночное голодание в течение 8-14 часов (можно пить воду). После забора крови натощак пациент в течение 5 минут (не более) выпить 75 г безводной глюкозы (или 82,5 г моногидрата глюкозы), растворенных в 250-300 мл воды. В процессе ПГТТ запрещено курение. Через 2 часа проводится повторный забор глюкозы в крови.

ПГТТ проводится на фоне острого заболевания, кратковременного приема препаратов, повышающих уровень глюкозы (глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, тиазиды, бета-адреноблокаторы, и др.).

Раздел 2.1 Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом

1. Все пациенты с СД должны находиться по диспансерным наблюдениям (100% «Д» учет).

Диагностические и лабораторные исследования в рамках диспансерного наблюдения осуществляются в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по лечению пациентов с СД, одобренными научно - практическим Советом Министерства здравоохранения Российской Федерации, стандартами оказания медицинской помощи пациентам с СД, Приказом МЗ РФ № 168н, в соответствии с объемами и Планом-графиком, утвержденным на текущий год.

Ответственным за организацию диспансерного наблюдения в МО является руководитель МО либо уполномоченный им заместитель руководителя.

Диспансерное наблюдение пациентов с СД, в случае их проживания в сельской местности, осуществляет фельдшер (акушер) ФАП, фельдшер здравпункта при условии возложения на них руководителем МО функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения.

Диспансерное наблюдение маломобильных и лежачих пациентов осуществляется на дому, а именно: по месту прикрепления – врачом терапевтом, по показаниям – врачом-эндокринологом.

При необходимости могут быть использованы ТМК врач/врач (терапевт/эндокринолог).

Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 2 типа осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), консультация врача-эндокринолога проводится по показаниям.

2. После установки диагноза СД, пациент в течение 3 дней ставится на «Д» учет:

- эндокринолог: СД 1 типа, СД 2 тип на инсулинотерапии, СД 2 типа с нефропатией ХБП С3б и выше, ретинопатией, полинейропатией автономной, дистальной нейропатией и/или диабетической остеоартропатией, синдромом диабетической стопы (СДС), ампутациями, после острого инфаркта миокарда (ОИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК);

- терапевт: предиабет R 73, 73.9, СД 2 типа без осложнений, нефропатией ХБП С2-С3А, дистальной нейропатией без остеоартропатии, СДС и ампутаций.

3. В случае отсутствия эндокринолога в МО «Д» учет ведется терапевтом по территориальному принципу, с обязательным осмотром эндокринолога по направлению в организации, включенные в ТПГТ, в рамках МУР.

4. Объем диспансерного наблюдения и кратность визитов в год осуществляется в соответствии с последними клиническими рекомендациями по лечению пациентов с СД, стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, Приказом МЗ РФ № 168н:

- осмотр врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), врача-эндокринолога – 1 раз в 3 месяца;

- гликированный гемоглобин – 1 раз в 3 месяца;

- биохимический анализ крови: креатинин, мочевины, мочевая кислота, калий, натрий, кальций, общий белок, общий холестерин, ХЛНП, ХЛВП, триглицериды, АСТ, АЛТ, билирубин, расчет СКФ – не реже 1 раза в год;

- биохимический анализ утренней порции мочи: альбумин, креатинин, соотношение альбумин/креатинин – не реже 1 раза в год;

- осмотр врача-офтальмолога с проведением биомикроскопии глазного дна под мидриазом – не реже 1 раза в год для верификации диабетической ретинопатии;

- комплексное обследование стоп: визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп – не реже 1 раза в год;

- общий анализ крови, мочи – не реже 1 раза в год;

- проверка техники и осмотр мест инъекций (у пациентов на инсулинотерапии) – не реже 1 раз в 6 месяцев;

- ЭКГ – не реже 1 раза в год;
- терапевтическое обучение пациентов с СД – 1 раз в 3 года.

В случае возникновения материально-технических ограничений в МО, доставка биологического материала осуществляется в организации, включенные в ТППГ, в рамках МУР.

5. Пациенты с СД, находящиеся на «Д» учете у терапевта, врача общей практики (семейного врача) врача-эндокринолога, направляются для прохождения диспансерного наблюдения в МО с учетом места прикрепления (жительства), согласно маршрутизации, указанной в таблице № 1.

6. Для скрининга и профилактики синдрома диабетической стопы пациенты МО направляются в РЭЦ, кабинет «Диабетическая стопа», ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д. 1. Показания для направления, объем обследования изложен в разделе 5.

7. Для проведения скрининга диабетической ретинопатии, пациент направляется в кабинет офтальмолога МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь согласно территориальному прикреплению (таблица 1). Показания для направления, объем обследования изложен в разделе 6.

8. Все пациенты с СД, состоящие под диспансерным наблюдением, направляются на прохождение терапевтического обучения («Школа сахарного диабета») не реже 1 раза в 3 года. МО, в которых пациент маршрутизируется для прохождения терапевтического обучения указаны в таблице 2.

Порядок направления пациентов указан в разделе 3 «Направление пациентов с СД для прохождения терапевтического обучения».

9. Врачи-эндокринологи, а также врачи-терапевты участковые и врачи общей практики (семейные врачи), фельдшера передают данные о больных СД из своей диспансерной группы ответственным лицам своей медицинской организации для введения в Базу данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета – в течение 5 рабочих дней по факту постановки на диспансерный учет, и не реже 1 раза в месяц – при обновлении информации.

**Маршрутизация пациентов с сахарным диабетом для прохождения
диспансерного наблюдения, осмотров в кабинете «Диабетическая стопа»,
офтальмологическом кабинете**

Место территориального прикрепления пациента	МО, в которой пациенты получают первичную медико-санитарную помощь и состоят под диспансерным наблюдением у врача-терапевта, ОПСМ	МО, в которой пациенты получают первичную медико-санитарную помощь и состоят под диспансерным наблюдением у врача-эндокринолога	Название МО для скрининга и профилактики синдрома диабетической стопы, кабинет «Диабетическая стопа»	Название МО для скрининга диабетической ретинопатии, кабинет офтальмолога
ГБ № 1», АОПСМ	ГБ № 1», АОПСМ, ул. Тараса Шевченко, 3	ГБ № 1», поликлиника № 1, пл. Восставших, 1	ГБ № 1», поликлиника № 1, пл. Восставших, д.1	ГБ № 1», поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
ГБ № 1», поликлиника № 1	ГБ № 1», поликлиника № 1, пл. Восставших, д.1	ГБ № 1», поликлиника № 1, пл. Восставших, д.1		ГБ № 1», поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
ГБ № 1», поликлиника № 2	ГБ № 1», поликлиника №2, ул. Ерошенко, 11	ГБ № 1», поликлиника №2, ул. Ерошенко, 11		ГБ № 1», поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11
ГБ № 1», поликлиника № 3	ГБ № 1», поликлиника №3, ул. Бориса Михайлова, 4	ГБ № 1», поликлиника №3, ул. Бориса Михайлова, 4		ГБ № 1», поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, 4
ГБ № 1», поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 1	ГБ № 1», поликлиника №4, поликлиническое подразделение №1, ул. Супруна, 19	ГБ № 1», поликлиника №4, поликлиническое подразделение №1, ул. Супруна, 19		ГБ № 1», поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 1, ул. Супруна, 19
ГБ № 1», поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 2	ГБ № 1», поликлиника №4, поликлиническое подразделение №2, ул. Силаева, 3	ГБ № 1», поликлиника №4, поликлиническое подразделение №2, ул. Силаева, д. 3		ГБ № 1», поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 2, ул. Силаева, 3
ГБ № 1», поликлиника №5, поликлиническое подразделение №1	ГБ № 1», поликлиника №5, поликлиническое подразделение №1, пл. Геннериха,1	ГБ № 1», поликлиника №5, поликлиническое подразделение №1, пл. Геннериха,1		ГБ № 1», поликлиника №5, поликлиническое подразделение №1, пл. Геннериха,1
ГБ № 1», поликлиника №5, поликлиническое подразделение №2	ГБ № 1», поликлиника №5, поликлиническое подразделение №2, ул. Будищева, 9	ГБ № 1», поликлиника №5, поликлиническое подразделение №1, пл. Геннериха, д.1		ГБ № 1», поликлиника №5, поликлиническое подразделение №1, пл. Геннериха, 1
ГБ № 1», поликлиника №6	ГБ № 1», поликлиника №6, ул. Казачья, 10В	ГБ № 1», поликлиника №3, ул. Бориса Михайлова, 4		ГБ № 1», поликлиника №3, ул. Бориса Михайлова,4
ГБ № 1», Врачебная амбулатория Фиолент	ГБ № 1», Врачебная амбулатория Фиолент, ул. Фиолентовское	ГБ № 1», поликлиника №2, ул. Ерошенко, 11		ГБ № 1», поликлиника №2, ул. Ерошенко, 11

Место территориального прикрепления пациента	МО, в которой пациенты получают первичную медико-санитарную помощь и состоят под диспансерным наблюдением у врача-терапевта, ОПСМ	МО, в которой пациенты получают первичную медико-санитарную помощь и состоят под диспансерным наблюдением у врача-эндокринолога	Название МО для скрининга и профилактики синдрома диабетической стопы, кабинет «Диабетическая стопа»	Название МО для скрининга диабетической ретинопатии, кабинет офтальмолога
	шоссе, д.66		ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, д.1	
ГБ № 4	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25		ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25
ГБ № 9, поликлиника	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5		ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5
ГБ № 9, АОПСМ, с. Терновка	ГБ № 9, АОПСМ, г. Севастополь, с. Терновка, ул. Балаклавская, д. 6	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5		ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5
ГБ № 9, сельская врачебная амбулатория, с. Орлиное	ГБ № 9, сельская врачебная амбулатория, г. Севастополь, с. Орлиное, ул. Тюкова, д. 115	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5		ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5
ГБ № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника	ГБ № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16	ГБ № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16		ГБ № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16

Таблица №24

**Маршрутизация взрослого населения – пациентов с СД
для прохождения терапевтического обучения в амбулаторные кабинеты
Школы СД**

Место территориального прикрепления пациента	Название МО для прохождения обучения в амбулаторных кабинетах «Школа для пациентов с СД»	Название МО для прохождения обучения в кабинете «Школа для пациентов с СД» в составе РЭЦ
ГБ № 1, АОПСМ, ул. Тараса Шевченко, 3	ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11	
ГБ № 1, поликлиника №1, пл. Восставших, д. 1	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1	
ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11	ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11	
ГБ № 1, поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, д. 4	ГБ № 1, поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, д. 4	
ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 1, ул. Супруна, д.19	ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11	
ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 2, ул. Силаева, д.3	ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11	

ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение № 1, пл. Геннериха, д.1	ГБ № 1, поликлиника № 5», поликлиническое подразделение № 1, пл. Геннериха, д.1	ГБ № 1», поликлиника № 1, пл. Восставших, 1
ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение № 2, ул. Будищева, д.9	ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение № 1, пл. Геннериха, д.1	
ГБ № 1, поликлиника № 6, ул. Казачья, 10 В.	ГБ № 1, поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, д. 4	
ГБ № 1, Врачебная амбулатория Фиолент, ул. Фиолентовское шоссе, д. 66	ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11	
ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25	
ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5	
ГБ № 9, АОПСМ, г. Севастополь, с. Терновка, ул. Балаклавская, д. 6	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5	
ГБ № 9, сельская врачебная амбулатория, г. Севастополь, с. Орлиное, ул. Тюкова, д 115	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5	
ГБ № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5	

2.2. Оказание медицинской помощи пациентам с СД в региональном эндокринологическом центре

1. Направление к врачам-специалистам в РЭЦ осуществляется из МО, подведомственных ДЗ:

- врачом-терапевтом, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-эндокринологом, хирургом, окулистом первичного амбулаторного звена посредством электронной записи через АИС «Витакор»;

- врачами-специалистами РЭЦ путем прямой записи при необходимости повторной консультации в рамках одного случая в РЭЦ.

Сроки оказания медицинской помощи в РЭЦ – до 30 дней.

2. При первичном направлении пациента с эндокринным заболеванием направляющий врач оформляет выписку из амбулаторной карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием результатов исследований.

3. Показания для направления пациентов в РЭЦ с нарушением углеводного обмена/сахарным диабетом:

- в случае отсутствия врача-эндокринолога по месту прикрепления;
- нетипичная клиническая картина нарушений углеводного обмена;
- лабильное или нетипичное течение и отсутствие достижения целевого уровня компенсации (в том числе при использовании СНМГ) для коррекции базовой терапии;

- пациенты с сахарным диабетом 1, 2 типа на помповой инсулинотерапии для коррекции лечения;

- отсутствие эффективности от проводимой терапии у пациентов с ранее выявленными нарушениями углеводного обмена, развитие и/или прогрессирование осложнений;

- пациенты с установленным диагнозом сахарный диабет 1 типа, 2 типа с осложнениями: нефропатией, ретинопатией, полинейропатией для проведения ежегодного (при необходимости чаще) обследования с целью назначения/коррекции терапии сахарного диабета, а также профилактики, ранней диагностики и своевременного начала лечения осложнений;

- пациенты с диабетической дистальной полинейропатией на стадии клинических проявлений;

- пациенты с сахарным диабетом и с заболеваниями периферических артерий любого генеза;

- пациенты с сахарным диабетом и с деформациями стоп любого генеза;

- слепые и слабовидящие пациенты с сахарным диабетом;

- пациенты с хронической болезнью почек стадии С3-5;

- пациенты с СД с риском развития диабетической ретинопатии – для проведения дополнительного обследования (в том числе ОКТ сетчатки);

- перед любым плановым оперативным вмешательством в случае отсутствия эндокринолога в МО по месту территориального прикрепления;

- нарушения углеводного обмена, выявленные во время беременности;

- беременность и/или планирование беременности у женщин с сахарным диабетом;

- определение/согласование показаний для плановой госпитализации в специализированное эндокринологическое отделение;

- определение/согласование показаний для оказания высокотехнологичной медицинской специализированной помощи по профилю «эндокринология», в том числе помповой инсулинотерапии;

- пациенты с сахарным диабетом 1 типа на помповой инсулинотерапии для прохождения терапевтического обучения в «Школе диабета»;

- беременные пациентки с сахарным диабетом 1,2 типа, или с ГСД для прохождения терапевтического обучения в «Школе диабета».

4. При направлении в РЭЦ пациентов с нарушением углеводного обмена должен быть соблюден объем необходимых обследований:

- общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови (креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции), ЭКГ – срок давности не более 1 месяца, флюорография/рентген органов грудной клетки (ОГК) – срок давности не более 1 года, гликированный гемоглобин, МАУ, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) и почек, показатели дневника питания и самоконтроля гликемии;

- беременные женщины/планирующие беременность с СД, женщины с ГСД – дополнительно – кетоны в моче.

5. При посещении РЭЦ с целью динамического наблюдения запись проводится врачом РЭЦ/или медрегистратором через АИС «Витакор» без направления от МО, на основании данных осмотра в АИС «Витакор».

6. При наличии показаний для принятия клинического решения врач-эндокринолог РЭЦ направляет пациента на диагностическое исследование

и/или осмотр другого врача-специалиста (кардиолога, невролога, нефролога, окулиста, хирурга и других) в срок не позднее 3 дней после обращения.

7. По результатам консультативного приема, проведенных обследований, заключений в РЭЦ врачи-специалисты:

- вводят все данные в электронную медицинскую карту в системе АИС «Витакор», выдают на руки пациенту заключение в бумажном виде с рекомендациями по лечению и динамическому наблюдению;

- определяют показания для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи и, при наличии этих показаний, направляют пациента в МО по месту прикрепления для оформления заявки и направления на госпитализацию в стационар в соответствии с требованиями нормативно правовых документов Департамента;

- в случае выявления показаний для экстренной госпитализации – направляют пациента в МО непосредственно из РЭЦ в соответствии с требованиями нормативно правовых документов ДЗ;

- при необходимости устанавливают дату следующего визита в РЭЦ и/или рекомендуют ТМК в РЭЦ;

- при рекомендации специалистами РЭЦ проведения повторных консультаций с использованием телемедицинских технологий, такие консультации проводятся по заявке лечащего врача МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

8. Маршрутизация пациентов в РЭЦ указана в таблице №25.

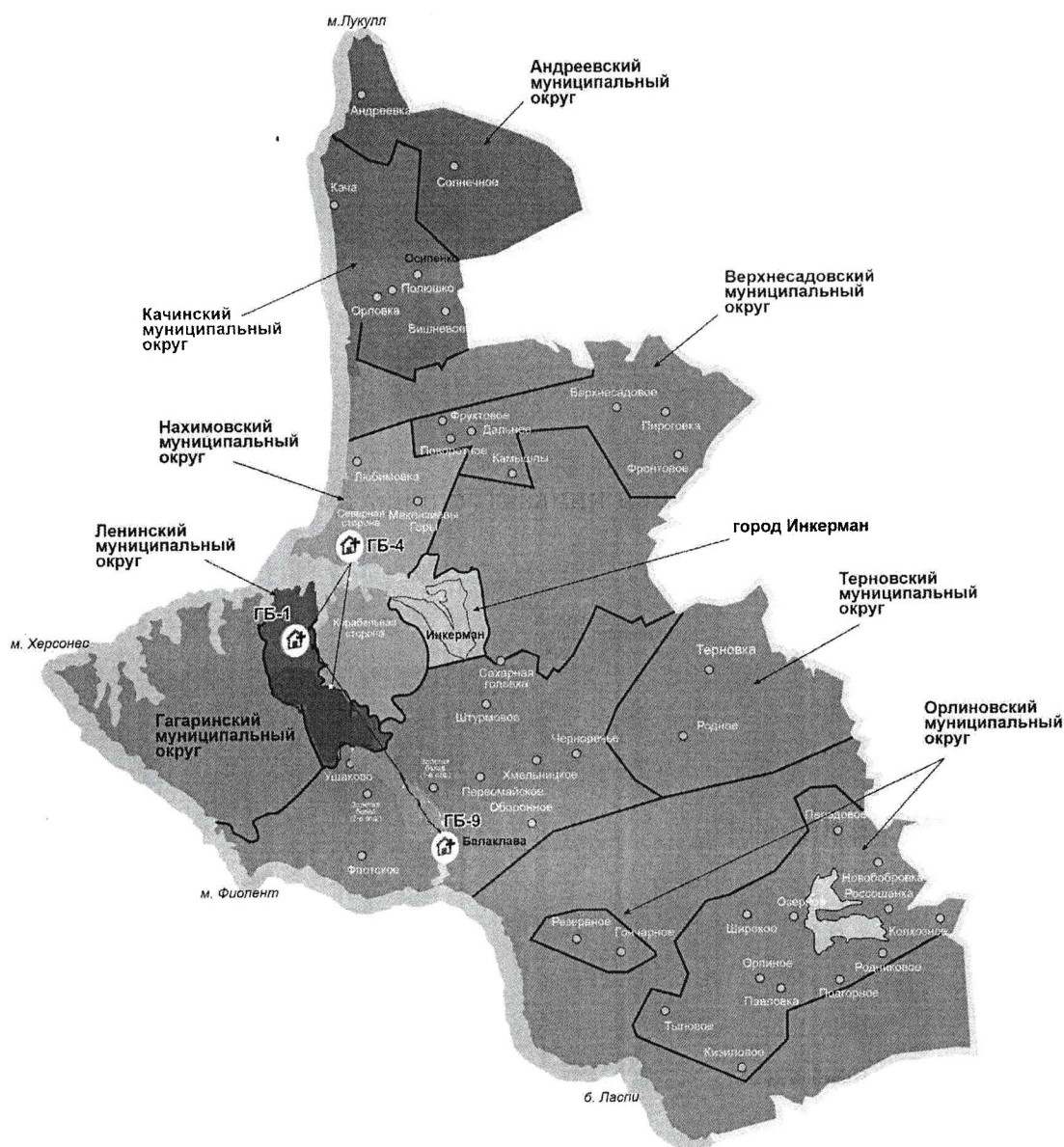
Таблица №25

Маршрутизация пациентов в РЭЦ

Место территориального прикрепления пациента	Региональный эндокринологический центр, адрес	Расстояние, время доезда до РЭЦ
ГБ № 1, АОПСМ, ул. Тараса Шевченко, 3	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1	6 км, 15 минут
ГБ № 1, поликлиника №1, пл. Восставших, д. 1		0 км, 0 мин
ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11		5 км, 13 минут
ГБ № 1, поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, д. 4		9 км, 22 мин
ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение № 1, ул. Супруна, д.19		3 км, 10 минут
ГБ № 1, поликлиника № 4», поликлиническое подразделение № 2, ул. Силаева, д.3		3 км, 16 минут
ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение № 1, пл. Геннериха, д.1		7 км, 18 минут
ГБ № 1, поликлиника № 5», поликлиническое подразделение № 2, ул. Будищева, д.9		6 км, 16 минут

Место территориального прикрепления пациента	Региональный эндокринологический центр, адрес	Расстояние, время доезда до РЭЦ
ГБ № 1, поликлиника № 6, ул. Казачья, 10 В.		12 км, 28 минут
ГБ № 1, Врачебная амбулатория Фиолент, ул. Фиолентовское шоссе, д. 66		15 км, 28 минут
ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25		29 км, 46 минут – авто 5 км, 20 минут – катер + авто
ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5		16 км, 33 минуты
ГБ № 9, АОПСМ, г. Севастополь, с. Терновка, ул. Балаклавская, д. 6		33 км, 48 минут
ГБ № 9», сельская врачебная амбулатория, г. Севастополь, с. Орлиное, ул. Тюкова, д. 115		36 км, 48 минут
ГБа № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16		18 км, 30 минут

Схема маршрутизации пациентов в РЭЦ



3. Направление пациентов с сахарным диабетом для прохождения терапевтического обучения

1. Направление пациентов в амбулаторные кабинеты «Школа для пациентов с сахарным диабетом» (далее – Школа СД) для прохождения терапевтического обучения осуществляется врачом терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом эндокринологом (Приказ ДЗ № 1459).

Пациенты с впервые выявленным СД 1 типа направляются на госпитализацию в отделение эндокринологии, где проходят стационарную школу диабета (первичную). Все остальные пациенты направляются

на амбулаторную школу диабета.

Вид обучения – амбулаторное или стационарное, определяет направляющий врач с учетом терапевтических целей, психологических особенностей и мобильности пациента.

Обучение не проводится больным в состоянии тяжелого кетоацидоза, с выраженным обострением сопутствующих заболеваний, при значительной потере зрения, слуха, нарушении памяти, лицам с психическими нарушениями.

Частота прохождения терапевтического обучения взрослых пациентов с СД проводится не реже 1 раза в 3 года.

2. Продолжительность терапевтического обучения: составляет 15-25 часов в зависимости от типа СД и метода лечения.

Рекомендуемая численность пациентов в группе – 8-10 человек.

Продолжительность обучения:

- пациенты с сахарным диабетом 1 типа: 5 дней по 4 часа (ежедневно 2 занятия по 2-3 часа, с перерывом на 30 минут; итого 10 занятий)

- пациенты с сахарным диабетом 1 типа на помповой инсулинотерапии (в дополнение к базовой программе): дополнительно 4 дня по 4 часа (ежедневно 2 занятия по 1-2 часа, итого 8 занятий);

- пациенты с сахарным диабетом 2 типа, не получающие инсулин: 5 дней по 3 часа (в день 1-2 занятия продолжительностью 2-3 часа с перерывом 30 минут; итого 7 занятий);

- пациенты с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии: 5 дней по 4 часа (ежедневно 1-2 занятия по 2-3 часа, с перерывом 30 минут, всего 8 занятий);

- беременные пациентки с сахарным диабетом 1,2 типа, или с ГСД – 6 дней, ежедневно по 2 часа (итого 6 занятий).

В каждой программе заложено время на проверку «Дневника диабетика» в количестве 6 часов.

3. Подача заявки на обучение осуществляется путем формирования уведомления по выделенному адресу электронной почты кабинета школы диабета МО, на базе которой функционирует Школа СД.

4. В заявке на обучение указать в обязательном порядке следующие параметры пациента: ФИО, дата рождения, адрес, тип СД, характер получаемой терапии, дата последнего обучения в школе диабета.

5. Ответственный за составление групп обучающихся, расписание работы кабинета «Школа СД» – медицинская сестра кабинета, а в случае ее отсутствия – врач-эндокринолог кабинета.

6. Все обученные в кабинете «Школа СД» регистрируются в журнале кабинета «Школа СД» на бумажном носителе, с указанием ФИО обучаемого, даты рождения, адреса, типа СД, характера получаемой терапии, сроков прохождения обучения, а также в электронной форме посредством МИС АИС «Витакор» (по законченным случаям).

На каждого обучаемого заводится форма учета выполнения медицинской

услуги В04.012.001 в МИС АИС «Витакор» (согласно Приказу ДЗ № 1459).

Ответственный за ведение отчетной документации – медицинская сестра кабинета, при ее отсутствии – врач-эндокринолог кабинета.

7. Отчет о работе кабинета «Школа СД» формируется ежемесячно, анализируется ответственным лицом – заместителем главного врача по поликлиническому разделу работы МО, согласно поданным отчетам от всех кабинетов «Школы СД», а также путем получения данных через МИС АИС «Витакор», с последующим ежемесячным предоставлением отчета главному внештатному эндокринологу на электронную почту.

Перечень показателей для отчетной документации изложен в Приложении № 4 Приказа ДЗ № 1459.

8. Беременные пациентки с диагнозом СД/ГСД направляются в амбулаторные кабинеты «Школа СД» по факту установления беременности при СД, или по факту установления диагноза ГСД.

При необходимости инициации инсулинотерапии при ГСД, беременные направляются на дневной стационар отделения эндокринологии ГБ № 1», в том числе для прохождения стационарной школы СД.

9. Показания для направления пациентов вне территориального принципа в кабинет «Школа СД» на базе РЭЦ:

- первичный перевод на интенсивную инсулинотерапию пациентам с СД 2 типа;
- беременные с сахарным диабетом 1 и 2 типа, ГСД;
- пациенты на помповой инсулинотерапии для повторного обучения при не достижении целевых показателей гликемии и/ или гликированного гемоглобина;
- пациенты, длительно не достигающие целевых показателей гликемии и/или гликированного гемоглобина для повторного обучения.

Таблица 26

Маршрутизация взрослого населения – пациентов с сахарным диабетом для терапевтического обучения во время госпитализации в стационарный кабинет школы СД

№	МО, на базе которых функционирует кабинет «Школа для пациентов с сахарным диабетом»
1	ГБ № 1, ул. Адмирала Октябрьского, 19, отделение эндокринологии
	Итого: 1 кабинет

Таблица 27

Перечень МО, на базе которых организованы амбулаторные кабинеты Школа СД

№	МО, на базе которых функционирует кабинет «Школа для пациентов с СД»	Пациенты, направляемые в кабинет «Школа для пациентов с СД»
1	ГБ № 1, поликлиника №1, пл. Восставших, 1, РЭЦ	Все пациенты, прикрепленные к МО, подведомственным ДЗ
2	ГБ № 1, поликлиника № 2, ул. Ерошенко, 11	ГБ № 1, АОПСМ, ул. Тараса Шевченко, 3 ГБ № 1, поликлиника №2, ул.Ерошенко, 11 ГБ № 1, поликлиника № 3, ул. Бориса Михайлова, д.4 ГБ № 1, поликлиника № 4, поликлиническое подразделение №1, ул. Супруна, д.19 ГБ № 1, поликлиника №4, поликлиническое подразделение №2, ул. Силаева, д. 3 ГБ № 1, поликлиника № 6, ул. Казачья, 10 В ГБ № 1, Врачебная амбулатория Фиолент, ул. Фиолентовское шоссе, д. 66
3	ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение №1, пл. Геннериха, д. 1	ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение №1, пл. Геннериха, д.1 ГБ № 1, поликлиника № 5, поликлиническое подразделение № 2, ул. Будищева, д.9
4	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25
5	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д. 5	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5 ГБ № 9, АОПСМ, г. Севастополь, с. Терновка, ул. Балаклавская, д. 6 ГБ № 9, сельская врачебная амбулатория, г. Севастополь, с. Орлиное, ул. Тюкова, д 115 ГБ № 9, г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16
Итого: 5 кабинетов		

4. Особенности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в стационаре

1. При наличии медицинских показаний пациенты с СД, независимо от территориального прикрепления, направляются на госпитализацию в эндокринологическое отделение ГБ № 1 в экстренном или плановом порядке. Время доезда от 10 минут до 50-60 минут, расстояние от 2-3 км до 38-40 км.

2. Показания для экстренной госпитализации в ГБ № 1:

- впервые выявленный сахарный диабет 1 типа;
- диабетический кетоацидоз, прекоматозное состояние, диабетическая кетоацидотическая кома;
- гиперосмолярное гипергликемическое состояние (прекома, кома), лактацидоз;
- гипогликемическая кома;
- гипогликемическое состояние, сопровождающееся дезориентацией, нарушением координации движений, речи, судорог, нарушением сознания;
- любые жизнеугрожающие состояния у пациентов с СД;

- гипергликемия выше 13-15 ммоль/л с появлением кетонурии.

Экстренная госпитализация осуществляется незамедлительно независимо от наличия или отсутствия паспорта, полиса и результатов обследования на амбулаторном этапе.

3. Показания для плановой госпитализации:

- клинически значимое ухудшение основного заболевания, его осложнений и сопутствующей патологии;
- необходимость коррекции инсулинотерапии;
- коррекция помповой инсулинотерапии;
- беременные пациентки с СД в 1 триместре, или в любом сроке при признаках декомпенсации заболевания;
- пациентки с ГСД, требующие инициации инсулинотерапии – на койки дневного стационара;
- развитие нефротического синдрома и значительное снижение фильтрационной функции почек.

4. Показания для плановой госпитализации на койки дневного стационара эндокринологического профиля:

- осуществляется при наличии у пациента возможности самоконтроля гликемии и отсутствии выраженной декомпенсации (кетоза);
- подбор и коррекция сахароснижающей терапии;
- плановое обследование и проведение консервативного лечения осложнений сахарного диабета, в том числе перед направлением на медико-социальную экспертизу;
- обследование перед планированием беременности;
- продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в круглосуточном стационаре, в состоянии, не требующем круглосуточного наблюдения;
- проведение диагностических мероприятий, не требующих круглосуточного наблюдения;
- наличие сочетанной патологии, требующей корректировки лечения в состоянии, не требующем круглосуточного наблюдения;
- невозможность госпитализации в круглосуточный стационар в ситуациях, зависящих от пациента (кормящие матери, одинокие с маленькими детьми), в состоянии, не требующем круглосуточного наблюдения.

5. При направлении на плановую госпитализацию пациент при себе должен иметь:

- выписку из амбулаторной карты;
- страховой полис;
- паспорт;
- направление формы 057у с указанием цели и причины госпитализации;
- результаты обязательных обследований: ЭКГ (срок давности не более 1 мес), флюорография ОГК (или рентгенография ОГК) (срок давности не более 1

года), ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (срок давности не более 1 месяца).

6. При выявлении показаний для получения специализированной медицинской помощи в МО, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, заведующим отделением эндокринологии совместно с лечащим врачом проводится телемедицинская консультация с МО (плановая или неотложная) с решением вопроса о последующем направлении.

7. Направление на госпитализацию в отделение хирургии (с койками диабетической стопы) в ГБ № 4 осуществляется от всех МО города при:

- наличии инфицированного раневого дефекта при СДС;
- критической ишемии конечности у пациентов с СДС.

Таблица 28

**Маршрутизация пациентов в МО, оказывающие медицинскую помощь
пациентам с СД в условиях стационара**

Место территориального прикрепления пациента	Название МО для получения стационарной помощи	Название МО для получения помощи в условиях дневного стационара
ГБ № 1 (все поликлинические подразделения)	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского 19	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского 19
ГБ № 4	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского 19	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25, дневной стационар
ГБ № 9	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского 19	ГБ № 1, отделение эндокринологии, ул. Адм. Октябрьского 19

5. Особенности оказания медицинской помощи пациентам с СД, осложненным синдромом диабетической стопы.

1. Пациенты с СД осматриваются хирургом амбулаторного звена в рамках диспансерного наблюдения с частотой согласно клиническим рекомендациям, но не реже 1 раза в год.

2. Всем пациентам в ходе диспансерного наблюдения врачом терапевтом, врачом общей практики (семейным врачом), эндокринологом, неврологом, хирургом проводится осмотр стоп при каждом визите с оценкой пульсации на артериях стоп, подколенной и бедренной артериях, проводится определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

При ЛПИ 0,4-0,8, без трофических изменений нижних конечностей, или при определении пульсации только на подколенной и бедренной артериях, при дистанции безболевого ходьбы от 50 до 200 м – консультация сердечно-сосудистого хирурга в плановом порядке в поликлинике по месту прикрепления или направление в МО, включенные в ТПГГ, в рамках МУР.

При впервые зафиксированных показаниях ЛПИ менее 0,4 и менее, и/или наличии трофических изменений нижних конечностей, и отсутствии пульсации на артериях стоп (и/или дистанция безболевого ходьбы менее 50 м – неотложная консультация сосудистого хирурга/хирурга в день обращения в МО, или госпитализация в ГБ № 1.

3. Пациенты с сахарным диабетом из групп риска, с учетом наличия показаний и частоты наблюдения, а также после выписки из стационара после оказания помощи по поводу диабетической стопы/или ампутации, направляются в кабинет «Диабетическая стопа» РЭЦ ГБ № 1.

Направление пациентов осуществляют лечащими врачами любой специальности посредством электронной записи с использованием системы АИС «Витакор», или в порядке записи в регистратуре поликлиники № 1 ГБ № 1 по направлению лечащего врача.

В направлении в кабинет «Диабетическая стопа» указывается цель обследования, прилагается выписка из амбулаторной карты с результатами лабораторного обследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (креатинин, липидный спектр, глюкоза в крови), гликированный гемоглобин – срок давности до 3 месяцев).

Пациенты из группы риска:

- с дистальной полинейропатией на стадии клинических проявлений;
- лица с заболеваниями периферических артерий любого генеза;
- больные с деформациями стоп любого генеза;
- слепые и слабовидящие;
- больные с диабетической полинейропатией и хронической болезнью почек стадии С3-5-одинокие и пожилые пациенты;
- злоупотребляющие алкоголем;
- курильщики.

4. Показания для направления в кабинет «Диабетическая стопа» представлены в таблице 29.

Таблица 29

Показания для направления в кабинет «Диабетическая стопа»

Категория риска	Характеристика пациента	Объем обследования	Частота визитов
Низкий	Нет нейропатии, нет заболеваний артерий нижних конечностей (ЗАНК)	Ежегодный осмотр стоп проводит эндокринолог/терапевт на амбулаторном приеме: - осмотр нижних конечностей; - оценка пульсации на артериях нижних конечностей/ расчет ЛПИ; - оценка периферической чувствительности.	1 раз в год
Умеренный	Умеренные нарушения	Осмотр в кабинете	1 раз в 6 мес.

Категория риска	Характеристика пациента	Объем обследования	Частота визитов
	чувствительности стоп: - с деформациями стоп любого генеза; - с выраженным гиперкератозом, онихомикозом стоп при отсутствии выраженной периферической полинейропатии и заболеваний периферических артерий нижних конечностей.	«Диабетическая стопа».	
Высокий	Нарушение чувствительности стоп в сочетании с признаками нарушения магистрального кровотока и/или деформациями стоп: - с выраженной дистальной полинейропатией; - с заболеваниями периферических артерий нижних конечностей любого генеза, ишемическими поражениями стоп 2 ст. и выше; - с деформациями стоп любого генеза; - с выраженным гиперкератозом, онихомикозом стоп; - с ампутациями стоп без язвенных поражений; - слепые и слабовидящие; - с диабетической нефропатией и хронической почечной недостаточностью; - одинокие и пожилые пациенты, курильщики; - злоупотребляющие алкоголем.	Регулярное наблюдение в кабинете диабетической стопы	1 раз в 3 мес.
Очень высокий	- язвы и ампутации в анамнезе; - язвенные поражения стоп - при первом обращении в медицинскую организацию; - после выписки из хирургических стационаров, госпитализированные по поводу синдрома диабетической стопы; - после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей.	Регулярное наблюдение в кабинете диабетической стопы	1 раз в 1-3 мес.

5. Пациенты с СД, или из группы высокого риска, или после выписки из стационара после оказания помощи по поводу диабетической стопы/или ампутации берутся на диспансерное наблюдение в кабинете «Диабетическая стопа» в течение 3 дней после первичного обращения или в день обращения после выписки из хирургического отделения.

Явка на следующий визит отслеживается с помощью электронной карты диспансерного наблюдения с указанием даты следующего визита (выгрузки из АИС «Витакор») и последующим активным вызовом через колл-центр.

6. При необходимости проведения реваскуляризации сосудов нижних конечностей, без признаков гнойно-инфекционных процессов, пациенты с сахарным диабетом после осмотра сосудистого хирурга первичного амбулаторно звена направляются на госпитализацию в отделение

кардиохирургии (на сосудистые койки) ГБ № 1. Характер госпитализации (экстренная или плановая) определяется клинической ситуацией.

В случае наличия признаков гнойно-инфекционных процессов нижних конечностей пациент направляется на госпитализацию в ГБ № 4, отделение хирургии.

7. Пациенты с СД и хронической остеоартропатией для подбора индивидуального ортопедического пособия направляются к травматологу первичного амбулаторного звена МО с учетом территориального прикрепления.

При наличии показаний для стационарного лечения пациенты госпитализируются в ГБ № 4, отделение хирургии.

8. В случае невозможности проведения реваскуляризации сосудов нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом, или при появлении необходимости применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях города, или нетипичном течении заболевания, а также в случае возникновения кадровых или материально-технических ограничений в МО, для согласования дальнейшей тактики ведения пациента лечащим врачом кабинета «Диабетическая стопа» (амбулаторный этап) или врачом отделения хирургии (стационарный этап, ГБ № 1, ГБ № 4) проводится телемедицинская консультация в формате «врач-врач» с федеральной медицинской организацией, оказывающей специализированную помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», с решением вопроса о дальнейшем направлении пациента в федеральную медицинскую организацию.

Сроки проведения консультаций определяются степенью тяжести ишемии.

Сроки направления для проведения данного лечения определяются клинической ситуацией и согласовываются с консультирующим федеральным центром, в течение 14 дней.

Таблица 30

Маршрутизация пациентов с сахарным диабетом и диабетической стопой или высоким риском ее развития

Место территориального прикрепления пациента	Название МО для направления в кабинет «Диабетическая стопа» РЭЦ	Название МО для госпитализации пациентов для проведения реваскуляризации сосудов нижних конечностей, без признаков гнойно-инфекционных процессов	Название МО для госпитализации пациентов при наличии признаков гнойно-инфекционных процессов нижних конечностей
ГБ № 1	ГБ № 1, поликлиника № 1, пл. Восставших, 1	ГБ № 1, ул. Адм. Октябрьского, 19	ГБ № 4, ул. Леваневского, 25
ГБ № 4			
ГБ № 9			

6. Особенности оказания медицинской помощи пациентам сахарным диабетом, осложненным диабетической ретинопатией и диабетическим макулярным отеком

1. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-офтальмологом в поликлиническом отделении МО с учетом территориального прикрепления.

Осмотры врачом-офтальмологом проводятся в обязательном мидриазе всех пациентов с СД с целью выявления диабетических изменений сетчатки.

Направление пациентов на обследование осуществляют врачи-эндокринологи, участковые врачи-терапевты и врачи общей практики (семейные врачи), осуществляющие диспансерное наблюдение больных СД.

В случае возникших кадровых ограничений в МО, пациенты направляются в МО, включенные в ТПГГ, в рамках МУР.

2. Порядок направления, показания и кратность наблюдения у врача-офтальмолога:

- пациенты с СД 1 и 2 типа при постановке диагноза, далее не реже 1 раза в год;

- пациенты с непролиферативной диабетической ретинопатией – по показаниям, но не реже 2 раз в год;

- пациенты с препролиферативной диабетической ретинопатией – по показаниям, но не реже 3-4 раз в год;

- пациенты с пролиферативной диабетической ретинопатией – по показаниям, но не реже 4 раз в год;

- пациенты с СД 1 и 2 типа с подозрением на глаукому, у которых признаки глаукомы выявлены менее, чем при трех обследованиях: биомикроскопия, офтальмоскопия, периметрия, тонометрия, компьютерная периметрия, ретинотомография, с неясной тактикой ведения – 1 раз в 6 месяцев;

- женщины с СД, планирующие беременность или беременные – при планировании беременности или в течение первого триместра, далее 1 раз в триместр и не позднее, чем через 1 год после родоразрешения;

Постановка под диспансерное наблюдение в течение 3 дней после установления диагноза. Приглашение пациентов с диабетической ретинопатией и ДМО на диспансерный прием путем вызова через кол-центр.

3. Порядок направления, показания в кабинет офтальмолога в РЭЦ:

- пациенты с СД с риском развития диабетической ретинопатии – для проведения дополнительного обследования (в том числе ОКТ сетчатки), направляются в офтальмологический кабинет РЭЦ ГБ № 1. Срок направления – до 30 дней. Срок направления пациентов для проведения ОКТ сетчатки, ангиографии – не более 30 дней;

- пациенты с СД и диабетической ретинопатией для проведения лазерной коагуляции сетчатки (ЛКС) направляются в офтальмологический кабинет РЭЦ ГБ № 1. Сроки направления для проведения ЛКС – до 30 дней.

4. При невозможности проведения ЛКС в амбулаторных условиях, пациент направляется на плановую госпитализацию в офтальмологическое отделение ГБ № 1». Сроки направления для проведения ЛКС – до 30 дней.

5. При выявлении пациентов с диабетической ретинопатии, нуждающихся в проведении интравитреальных инъекций и витреоретинальной хирургии, направляются в офтальмологическое отделение ГБ № 1. Сроки направления – до 30 дней.

6. В случае невозможности проведения ЛКС и/или интравитреальных инъекций и/или витреоретинальной хирургии пациентам с сахарным диабетом, пациенты направляются в организации, включенные в ТПГГ, в рамках МУР.

7. При появлении необходимости применения методов лечения, не выполняемых в офтальмологическом отделении, или нетипичном течении заболевания, для согласования дальнейшей тактики ведения пациента лечащим врачом отделения или врачом офтальмологического кабинета РЭЦ проводится телемедицинская консультация с федеральной медицинской организацией, оказывающей специализированную помощь по профилю «офтальмология», с решением вопроса о дальнейшем направлении пациента в федеральную МО.

Таблица № 31

Маршрутизация пациентов с СД в кабинет офтальмолога РЭЦ и отделение офтальмологии

Место территориального прикрепления пациента для получения амбулаторной помощи, диспансерного наблюдения	Название МО для направления в офтальмологический кабинет РЭЦ, в том числе для проведения ОКТ	Название МО для направления ЛКС амбулаторно/стационарно	Название МО для направления проведения анти-VEGF-терапии	Название МО для направления проведения витреэктомии
ГБ № 1	ГБ № 1, поликлиника № 1, кабинет офтальмолога РЭЦ, пл. Восставших, 1	ГБ № 1, поликлиника № 1: пл. Восставших, 1 – амбулаторно, кабинет офтальмолога РЭЦ, ул. Адм. Октябрьского, 19, отделение офтальмологии (стационарно)	ГБ № 1, ул. Адм. Октябрьского, 19, отделение офтальмологии	ГБ № 1, ул. Адм. Октябрьского, 19, отделение офтальмологии
ГБ № 4				
ГБ № 9				

7. Оказание медицинской помощи беременным с нарушением углеводного обмена

1. Все беременные при выявлении нарушения углеводного обмена, или имеющие установленный диагноз СД, направляются на консультацию к эндокринологу (электронная запись через МИС АИС «Витакор»), в срок не более 5 рабочих дней от выявления или обращения к врачу любой клинической специальности (терапевт, врач общей практики (семейным врач), акушер-гинеколог).

2. Еженедельно заведующие женскими консультациями в МО передают заместителю главного врача по поликлинической работе списки беременных с нарушениями углеводного обмена с указанием ФИО, места жительства, даты рождения, срока беременности на текущую дату, предполагаемым сроком родов. Далее данная информация передается непосредственно врачу-эндокринологу поликлиники с целью постановки на учет, внесения информации в Базу данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории РФ, дальнейшим диспансерным наблюдением и активным вызовом при необходимости.

4. Диспансерное наблюдение беременных с ГСД, СД ведет эндокринолог (по территориальному принципу прикрепления), а в случае его отсутствия – терапевт, врач общей практики (семейным врач), с направлением к эндокринологу в МО, включенные в ТППГ, в рамках МУР.

5. После установки диагноза ГСД пациентка направляется на амбулаторную школу диабета в МО согласно территориальному прикреплению, или в РЭЦ.

6. Показания для госпитализации в отделение эндокринологии:

- явные симптомы метаболической декомпенсации СД, в том числе впервые выявленные (круглосуточный стационар);
- коррекция инсулинотерапии при СД (в 1 триместре, далее по показаниям);
- обучение в школе СД;
- инициация инсулинотерапии при ГСД, СД 2 типа (дневной/круглосуточный стационар).

7. При наличии акушерской патологии, требующей лечения в круглосуточном стационаре, госпитализируются в ГБ № 5, родильный дом, проспект Ген. Острякова 211 А, при необходимости проводится консультация эндокринолога в роддоме.

8. В случае отказа женщины с ГСД, СД 2 типа от госпитализации на дневной стационар, инициация инсулинотерапии, титрация доз, обучение проводится в амбулаторных условиях под наблюдением эндокринолога.

9. По факту выписки из отделения эндокринологии информация о пациентке передается по телефону в поликлинику прикрепления и согласуется дата визита к эндокринологу.

10. Через 4-12 недель после родов, но не позднее 6 месяцев, эндокринолог (или врач-терапевт, врач общей практики (семейным врач) направляет всех женщин с ГСД на проведение ПГТТ для реклассификации нарушения углеводного обмена путем активного вызова через колл-центр.

Таблица № 32

Маршрутизация беременных с нарушением углеводного обмена

Место территориального прикрепления пациента для получения амбулаторной помощи, диспансерного наблюдения	Название МО для направления на консультацию врача-эндокринолога, диспансерного наблюдения	Название МО для направления в РЭЦ	Название МО для экстренной и неотложной госпитализации по профилю «эндокринология»	Название МО для планового родоразрешения
ГБ № 1	ГБ № 1, Поликлиника №1 Поликлиника №2 Поликлиника №3 Поликлиника №4 Поликлиника №5	ГБ № 1, поликлиника №1, пл. Восставших, 1	ГБ № 1, ул. Адм. Октябрьского, 19, отделение эндокринологии	ГБ № 5, родильный дом, пр. Генерала Острякова, 211-а
ГБ № 4	ГБ № 4, поликлиника для взрослых, ул. Леваневского, 25			
ГБ № 9	ГБ № 9, поликлиника, ул. Мира, д.5 г. Инкерман, взрослая поликлиника, ул. Умрихина, 16			

Алгоритм обеспечения беременных женщин, проживающих на территории города Севастополя, расходными материалами (датчиками) для системы непрерывного мониторинга глюкозы

1. Настоящий Алгоритм предусматривает обеспечение расходными материалами (датчиками) для системы непрерывного мониторинга глюкозы (далее именуется – СНМГ) беременных женщин с установленным диагнозом сахарный диабет 1 типа, 2 типа, ГСД, MODY-диабет, на период беременности в рамках национального проекта «Борьба с сахарным диабетом» в медицинских организациях города Севастополя.

2. При первичном обращении беременной с установленным диагнозом сахарный диабет 1 типа, 2 типа, ГСД, MODY-диабет, врач-эндокринолог МО по месту прикрепления определяет показания или противопоказания для СНМГ на основании Клинических рекомендаций «Сахарный диабет 1 типа»,

«Сахарный диабет 2 типа», а также на основании письма заместителя министра здравоохранения Российской Федерации от 29.08.2024 № 15-1/И/2-16737.

Группы пациенток, которым необходимо (целесообразно) использовать системы СНМГ:

- беременные с СД 1 типа в течение всего периода гестации и родов;
- беременные с СД 2 типа на инсулинотерапии в течение всего периода гестации и родов;
- беременные с ГСД при переводе на инсулинотерапию и в случае избыточного роста плода и показателях самоконтроля в целевом диапазоне;
- беременные с манифестным СД при инициации инсулинотерапии;
- беременные с моногенными формами СД.

3. Врач-эндокринолог:

3.1 составляет протокол врачебной комиссии о назначении непрерывного мониторингования глюкозы, на период беременности в соответствии со стандартами лечения и клиническими рекомендациями, обеспечивает информирование пациента о правилах применения СНМГ, побочных эффектах и противопоказаниях к применению;

3.2 обеспечивает заполнение Информированного добровольного согласия на применение СНМГ в соответствии с приложением к настоящему алгоритму;

3.3 выписывает рецепт для получения СНМГ на срок до 3-х месяцев (основание: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1181н «Об утверждении порядка назначения и выписывания медицинских изделий, а также форм рецептурных бланков на медицинские изделия и порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения») по коду – 1000 «Беременность», на получение датчиков непрерывного мониторингования глюкозы в период действия национального проекта;

3.4 при отказе пациента от СНМГ оформляет отказ от медицинского вмешательства в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 года № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства».

4. Выдача пациентам расходных материалов (датчиков) для СНМГ, приобретенных Департаментом здравоохранения города Севастополя за счет средств регионального бюджета, осуществляется в аптечной сети СГОД, прикрепленной к МО.

5. Информация по использованию непрерывного мониторингования глюкозы своевременно вносится врачом – эндокринологом и/или назначенным медицинской организацией ответственным лицом в регистр беременных, а также в Базу данных клинко-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории РФ с указанием данных о текущей беременности.

8. Оказание медицинской помощи детскому населению с сахарным диабетом в государственных учреждениях здравоохранения города Севастополя, включая этапы маршрутизации

1. Настоящий Алгоритм устанавливает правила оказания медицинской помощи детям с подозрением или уже установленным диагнозом сахарный диабет (далее – дети) в медицинских организациях города Севастополя.

2. Медицинская помощь детям оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной медицинской помощи.

3. Медицинская помощь детям оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Первичная медико-санитарная помощь детям включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, диспансерному наблюдению, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению детей.

5. Первичная медико-санитарная помощь детям включает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям в амбулаторных условиях осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом — эндокринологом детской поликлиники.

Профилактические осмотры детей врачом детским эндокринологом поликлиники осуществляется в декретированные возрастные периоды (6 лет, 10 лет, 15 лет, 16 лет и 17 лет) согласно Приказу МЗ РФ № 211н.

Врачи детские эндокринологи КДЦ ГБ № 5, ГБ № 4, ГБ № 9 могут осуществлять профилактические осмотры в декретированные возрастные периоды (6 лет, 10 лет, 15 лет, 16 лет и 17 лет) на базе кабинета детского

эндокринолога при поликлинике, а также в составе выездной бригады в средних общеобразовательных организациях города Севастополя.

При выявлении детей, с гипергликемией в ходе проведения профосмотра направить данных пациентов к детскому эндокринологу детской поликлиники по месту жительства или к детскому эндокринологу КДЦ ГБ № 5.

Диспансерное наблюдение за детьми с сахарным диабетом осуществляется врачом-эндокринологом поликлиники, при его отсутствии - участковым врачом педиатром, в соответствии с рекомендациями врача-эндокринолога КДЦ. Направление к детскому эндокринологу КДЦ ГБ № 5 осуществляется по показаниям, согласно рекомендациям врача КДЦ ГБ № 5.

Дети с сахарным диабетом направляются к врачу КП ДМЦ ГБ № 5 – не реже 1 раза в 3 месяц.

Контроль за своевременным посещением специалиста КП ДМЦ ГБ № 5 осуществляет врач эндокринолог детской поликлиники, при отсутствии эндокринолога — участковый врач-педиатр.

6. Первичная специализированная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях в кабинете врача эндокринолога КП ДМЦ, специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара ГБ № 5, и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов, а также медицинскую реабилитацию.

При подозрении или выявлении у детей нарушений углеводного обмена врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи эндокринологи, другие врачи специалисты направляют детей на консультацию к врачу детскому эндокринологу КДЦ ГБ № 5 по направлению (форма № 057/у) в плановом порядке.

Обследование детей с нарушением углеводного обмена проводится в амбулаторных условиях на базе КП ДМЦ, а также в дневном стационаре КП ДМЦ и стационаре на базе педиатрического отделения № 2 на койке по профилю «эндокринология».

Лечение детей с сахарным диабетом проводится детским специалистом эндокринологом детской поликлиники и/ или детским эндокринологом КП ДМЦ.

Медицинская помощь в кабинете специалиста детского эндокринолога КП ДМЦ осуществляется в плановом порядке при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни детям, не требующих экстренной или неотложной помощи, по предварительной записи. При наличии медицинских показаний к лечению детей привлекаются врачи-специалисты других специальностей.

Для обучения детей, страдающих сахарным диабетом, и их родителей (законных представителей) навыкам здорового образа жизни, правильного питания, технике инъекционного введения лекарственных препаратов

и проведения самоконтроля уровня глюкозы в крови пациенты направляются в кабинет-школу диабета КДЦ.

7. Оказание медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляется по медицинским показаниям при самостоятельном обращении больного, по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-эндокринолога или иного врача-специалиста медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи.

8. Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного.

9. Обследование, требующее проведения анестезиологического пособия, уточнения и верификации диагноза, проводится в условиях круглосуточного стационара ГБ № 5. Сложные исследования проводятся в условиях дневного стационара КП ДМЦ. В случае, если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием помощи, медицинской может повлечь возникновение болевых ощущений у детей, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

10. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

11. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

12. Бригада скорой медицинской помощи доставляет детей с угрожающими жизни состояниями в медицинскую организацию, имеющую в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающие круглосуточное наблюдение и лечение детей ГБ № 5.

13. При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний ребенок направляется в педиатрическое отделение ГБ № 5, при наличии показаний в федеральные лечебные учреждения для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

14. В случае возникновения угрожающих жизни состояний, больной переводится в отделение анестезиологии и реанимации для детского населения ГБ № 5.

15. При наличии у детей медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направляется в медицинскую, организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии Приказом МЗ РФ № 824н.

Таблица № 33

**Показания для проведения высокотехнологичной медицинской помощи детям
с сахарным диабетом**

20.00.001	Лечение сахарного диабета при помощи заместительной инсулиновой терапии системами постоянной подкожной инфузии, с использованием мониторингирования гликемии.	E10.2 E10.7 E11.2 E11.7	Сахарный диабет 1 и 2 типа с поражением почек и множественными осложнениями.	Инсулиноterapia с использованием инсулиновых помп.
-----------	---	----------------------------------	--	--

16. По заключению главного внештатного детского эндокринолога ребенок направляется на госпитализацию в педиатрическое отделение ГБ № 5 с целью установки инсулиновой помпы по ВПМ.

17. Подготовку документов для направления пациента на ВМП в другие регионы РФ осуществляет врач детский эндокринолог детской поликлиники по месту жительства или участковый врач педиатр после проведения ТМК с данным медицинским учреждением и получения согласия/вызова на госпитализацию по ВМП.

18. Подготовку документов на МСЭК для установления статуса «ребенок инвалид», детям с СД также осуществляет врач участковый педиатр детской поликлиники по месту жительства.

19. Врачи-эндокринологи детские КП ДМЦ являются ответственными за ведение федерального регистра сахарного диабета. Для работы в регистре и его своевременного обновления ежемесячно выделяется один рабочий день со снятием амбулаторного приема пациентов.

Перечень обследований пациента при подозрении на СД

1. Педиатр детской поликлиники по месту жительства и/или обследование в рамках профилактического ежегодного осмотра:

- биохимический анализ крови (глюкоза крови). Подозрение на СД (повышение глюкозы крови $\geq 6,1$ ммоль/л в плазме крови и $\geq 5,6$ в капиллярной крови, жажда, учащённое мочеиспускание, потеря веса). Если выше указанных симптомов нет, но глюкоза крови повышена – повторить биохимический анализ крови на глюкозу (предупредить пациента! о том, что

последний прием пищи должен быть за 8 часов до сдачи крови, но не более 14).

2. Врач-эндокринолог детский КП ДМЦ или детской поликлиники по месту жительства:

- пероральный глюкозотолерантный из расчета 1,75 г безводной глюкозы (или 1,925 г моногидрата глюкозы) на кг массы тела, но не более 75 г (82,5 г), растворенных в 250–300 мл);

- норма: глюкозы в плазме венозной крови натощак $<6,1$ ммоль/л, через 2 часа после нагрузки $<7,8$ ммоль/л;
- «предиабет»: нарушенная гликемия натощак (НГН) определяется как уровень глюкозы в плазме венозной крови натощак $\geq 6,1$ и $<7,0$ ммоль/л; нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) определяется как уровень глюкозы в плазме венозной крови через 2 ч после нагрузки $\geq 7,8$ и $<11,1$ ммоль/л при проведении ПГТТ;
- сахарный диабет: определяется как уровень глюкозы в плазме венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л и глюкозы в плазме венозной крови через 2 часа после нагрузки $\geq 11,1$ ммоль/л).

- исследование крови на гликированный гемоглобин;
- самоконтроль гликемии глюкометром 7 раз/сутки 3 дня подряд;
- Анализ мочи на кетоны (ацетон).

3. Врач приемного отделения и /или детский эндокринолог педиатрического отделения ГБ № 5:

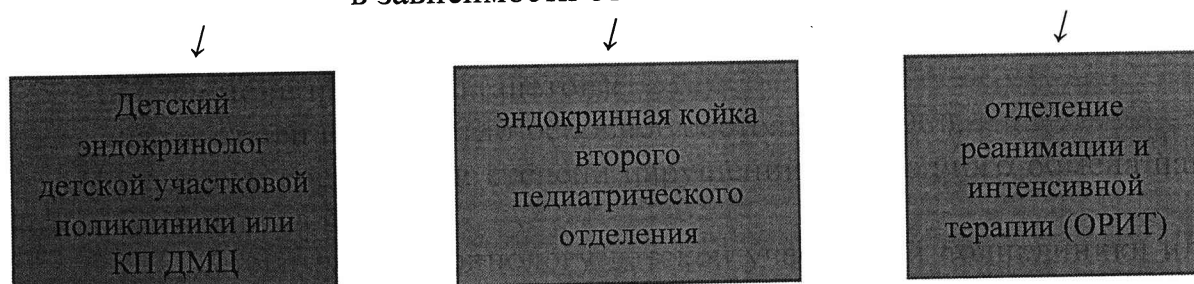
- биохимический анализ крови (глюкоза крови);
- анализ мочи на кетоны (ацетон);
- анализ крови на кислотно-основное состояние (КОС).

По тяжести состояния и степени нарушений углеводного обмена пациент может быть направлен:

1. детскому эндокринологу детской участковой поликлиники или КП ДМЦ;
2. эндокринологическую-койку второго педиатрического отделения;
3. отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Рисунок №3

Маршрутизация детей с подозрением на сахарный диабет в зависимости от тяжести состояния



Детский эндокринолог педиатрического отделения во время госпитализации направляет на:

Лабораторные исследования:

1) определяет содержания антител:

- аутоантитела к антигенам островков клеток поджелудочной железы в крови;

- аутоантитела к глутаматдекарбоксилазе – GADA;

- аутоантитела к тирозинфосфатазе – IA-2;

- аутоантитела к транспортеру цинка 8 – ZnT8);

- аутоантител к тканевой трансглутаминазе.

2) С-пептид;

3) гликированный гемоглобин;

4) гормоны щитовидной железы: ТТГ, св.Т4, АТТПО, АТТГ;

5) анализ крови биохимический общетерапевтический;

6) определение кетоновых тел и альбумина в моче.

Инструментальные исследования:

1) офтальмоскопия;

2) УЗИ органов брюшной полости;

3) УЗИ щитовидной железы;

4) УЗИ почек;

5) Электрокардиография (ЭКГ).

Консультации:

- врач-невролог;

- врач-офтальмолог;

- психолог.

Врач детский эндокринолог проводит первичное обучение ребенка и его родителей в «Школе сахарного диабета» на базе стационара.

Алгоритм работы «Школы сахарного диабета детям и подросткам»

Настоящий алгоритм устанавливает правила организации деятельности кабинета-школы для больных детей и подростков сахарным диабетом на базе КП ДМЦ ГБ № 5 и разработан в соответствии с Приказом МЗ РФ № 908н.

Цель организации школы диабета: совершенствование оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» в городе Севастополе, повышение доступности и качества медицинской помощи населению, в частности детям (0-14 лет) и подросткам (15-17 лет), с сахарным диабетом 1 типа.

Направление в «Школу сахарного диабета» осуществляют врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи детские эндокринологи поликлиник и КП ДМЦ, другие врачи специалисты.

Задачи «Школы сахарного диабета»:

Повышение информированности пациентов с сахарным диабетом о заболевании и его факторах риска;

Оказание консультативной помощи детям и их родителям (законным представителям);

Обучение технике введения лекарственных препаратов;

Обучение проведению самоконтроля уровня глюкозы в крови;

Обучение детей и их родителей (законных представителей) навыкам здоровьесберегающего образа жизни, включая правильное питание;

Улучшение качества жизни пациентов;

Профилактика осложнений сахарного диабета;

Возможное снижение инвалидизации детей (0- 14лет) и подростков (15-17 лет).

Место проведения «Школы сахарного диабета»: г. Севастополь, пр. Генерала Острякова 211А, КП ДМЦ ГБУЗС ГБ № 5, 3 этаж, каб. 315.

Занятия проводятся с 15:00 до 16:00 по вторникам и четвергам, ежемесячно.

Количество больных в одной группе от 5 до 10 человек. Цикл обучения состоит из 10 занятий по 60 минут.

Ведет занятия ГВС врач-детский эндокринолог Липскас Марина Геннадьевна. Работа с документами медсестра эндокринолога Галиева Валида Равиловна и Самойлова Татьяна Витальевна.

Запись на занятия осуществляется на приеме у детского эндокринолога КДЦ ГБ № 5 или по телефону +7(978) 730-41-60; 7(8692) 65-78-90.

7. Посещать занятия в «Школе сахарного диабета» рекомендуется пациентам:

- с впервые выявленным сахарным диабетом;
- ранее прошедшие обучение в «Школе диабета» на поддерживающий курс, 1 раз в год.

Направление детей на занятия в «Школе диабета» осуществляет врач детский эндокринолог, участковый педиатр. На занятия целесообразно приглашать детей с родителями. Детям с впервые выявленным сахарным диабетом в условиях стационара проводится вводный курс «Школы сахарного диабета» детским эндокринологом Пилипенко Татьяной Сергеевной.

8. Обучение в «Школе сахарного диабета» не проводится:

- пациентам в состоянии выраженной декомпенсации (кетоацидоза);
- пациентам раннего возраста (0-6 лет) без родителей;
- пациентам с выраженными обострениями сопутствующих заболеваний.
- пациентам с острым респираторным заболеванием, детским высоко контагиозным инфекционным заболеванием.

9. Тематический план «Школы сахарного диабета»:

1. Что такое сахарный диабет? Его типы. Осложнения СД.
2. Питание - важная часть лечения диабета.

3. ХЕ - хлебные единицы, составление диеты.
4. Режим самоконтроля при СД. Датчики НМГ.
5. Инсулинотерапия и ее виды.
6. Техника инъекции инсулина.
7. Гипогликемия, ее симптомы, первая помощь.
8. Физкультура и спорт при СД.
9. Отдых и путешествия при СД.
10. Инсулиновая помпа - новый метод в лечении СД.

10. Документация «Школы сахарного диабета»:

- журнал учета детей, проходящих обучение (с указанием ФИО ребенка, даты рождения, адреса, номера телефона родителя);
- бланк входящего тестового контроля знаний;
- форма учета выполнения медицинской услуги В 04.012.001 - «Школа для пациентов с сахарным диабетом» для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях;

- бланк с ситуационной задачей (конечный уровень знаний).

11. Информация об обученных детях фиксируется в АИС ЛПУ.

Сведения о ребенке вводятся в раздел «оказание услуги» с кодом В 04.012.001.

12. Отчет о работе «Школы сахарного диабета» ежегодно предоставляется в период сдачи годового отчета в форме № 30 «Сведения о медицинской организации» в таблице деятельности отделения медицинской профилактики.

Диспансерное наблюдение детей с сахарным диабетом

Диспансерное наблюдение проводит детский эндокринолог КП ДМЦ ГБ № 5 и /или (при наличии) детский эндокринолог участковых поликлиник ГБ № 5.

Осмотр пациента с сахарным диабетом детским эндокринологом:

- первичный 20 мин;
- повторный 20 мин.

Данные осмотра вводятся в электронную карту амбулаторного пациента в систему АИС ЛПУ.

Также распечатанный осмотр вклеивается в карту истории развития ребенка форма № 112/у.

Диспансерное наблюдение включает:

- осмотр врача детского эндокринолога не реже 1 раза в 3 мес;
- контроль дневника самоконтроля;
- анализ антропометрических данных пациента;
- осмотр мест инъекций;
- коррекция схемы и дозы инсулинотерапии;
- анализ результатов гликированного гемоглобина (4 раза/год);
- контроль ежегодной плановой госпитализации;

- анализ результатов ежегодного обследования;
- контроль посещения и обучения в школе СД у детей;
- ведение мед. документации, амбулаторных и электронных карт;
- заполнение чек-листов в рамках внутреннего контроля качества.

Санаторно-курортное лечение детей с сахарным диабетом

При наличии у ребенка с сахарным диабетом федеральной льготы и статуса «ребенок-инвалид», ему показано ежегодное санаторно-курортное лечение в рамках индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида.

Также ребенок с сахарным диабетом имеет возможность получить санаторно-курортное лечение по полису ОМС в рамках «Д» группы учета и наблюдения.

Направление детей и их сопровождающих на санаторно-курортное лечение осуществляется согласно Приказу ДЗ № 976.

Для направления пациента врач-участковый педиатр подает пакет документов через ВК, заполняет на ребенка форму № 070/у и № 076/у на основании заявления установленного образца законного представителя ребенка о возможности постановки на учет в подсистеме мониторинга санаторно-курортного лечения МЗ РФ с целью получения санаторно-курортной путевки.

При предоставлении путевки «мать и дитя» сопровождающий должен обратиться к лечащему врачу по месту для получения санаторно-курортной карты по форме №072/у.

Врач участковый педиатр должен убедиться в отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения у каждого пациента.

Дети с сахарным диабетом направляются на санаторно-курортное лечение в профильные санатории по всей РФ, например,

1. В государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Севастополя, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

1. Медицинский отбор детей на лечение в санаторно-курортные организации, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, осуществляется в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Севастополя (далее Учреждение), оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

2. Учреждения должны обеспечивать:

- учет детей, нуждающихся в санаторно-курортном лечении (журнал направления на санаторно-курортное лечение, протокол врачебной комиссии);
- контроль полноты обследования больных перед направлением на санаторно-курортное лечение и качества оформления медицинской документации (форма № 070/у, форма № 076/у).

3. Необходимость направления ребенка на санаторно-курортное лечение определяется лечащим врачом и заведующим отделением Учреждения с учетом наличия показаний для санаторно-курортного лечения и отсутствия противопоказаний для его осуществления, в соответствии с приложениями № 2, № 3, утвержденными Приказом МЗ РФ № 143н.

4. В сложных и конфликтных ситуациях по представлению лечащего врача и заведующего отделением заключение о показании санаторно-курортного лечения выдает ВК Учреждения.

5. При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения Учреждением оформляется справка для получения путевки по форме № 070/у с рекомендацией санаторно-курортного лечения, о чем лечащий врач делает соответствующую запись в истории развития ребенка.

6. Справка подлежит заполнению лечащим врачом по всем обязательным разделам с использованием информации на обратной стороне справки и указанием санаторно-курортной организации, в которую направляется ребенок (перечень санаториев в приложении № 1 к настоящему Порядку). Срок действия справки для получения путевки 6 месяцев.

7. Медицинский отбор сопровождающих лиц, направляемых совместно с детьми в санатории для детей с родителями, осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 256 «О Порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

При определении профиля санатория учитывается заболевание ребенка и отсутствие противопоказаний для санаторно-курортного лечения у его сопровождающего.

8. В Учреждении формируется пакет документов:

- заявление законного представителя ребенка о предоставлении услуги постановки на учет с целью получения санаторно-курортной путевки (приложение № 2 к настоящему Порядку);

- копия свидетельства о рождении ребенка (для детей от 4 до 14 лет);

- копия паспорта ребенка (для детей от 14 до 18 лет);

- копия полиса обязательного медицинского страхования ребенка;

- заявление о согласии на обработку персональных данных;

- копия документа ребенка, удостоверяющего право на льготу;

- справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение (форма № 070/у);

- выписка из медицинской документации пациента за подписью руководителя медицинской организации (или уполномоченного должностного лица) по месту наблюдения или лечения пациента, содержащая данные клинических, инструментальных и лабораторных исследований по профилю заболевания, рекомендации о необходимости оказания пациенту санаторно-курортной помощи;

- копия СНИЛС ребенка (для детей-инвалидов);
- копия паспорта законного представителя ребенка;
- копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя ребенка.

9. Представителем Учреждения пакет документов, указанных в пункте 8, доставляется в приемную главного врача ГБ № 5, еженедельно в пятницу с 09:00 до 15:00.

10. При предъявлении законным представителем ребенка санаторно-курортной путевки лечащий врач заполняет и выдает пациенту санаторно-курортную карту установленного образца по форме № 076/у, подписанную им и руководителем Учреждения или структурного подразделения Учреждения.

О выдаче санаторно-курортной карты лечащий врач делает соответствующую запись в медицинской документации ребенка.

11. Перед направлением ребенка на санаторно-курортное лечение лечащий врач организует его клинико-лабораторное обследование в зависимости от характера заболевания, а также санацию хронических очагов инфекции, противоглистное или противоязвенное лечение.

12. При направлении на санаторно-курортное лечение ребенка необходимы следующие документы:

- санаторно-курортная карта для детей по форме № 076/у;
- полис обязательного медицинского страхования;
- анализ кала на энтеробиоз;
- заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи;
- справка врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе.

В случае предоставления путевки «мать и дитя» сопровождающий должен обратиться к лечащему врачу в учреждение здравоохранения по месту прикрепления для получения санаторно-курортной карты по форме № 072/у, в которой необходимо отразить результаты:

- а) клинических анализов крови и анализа мочи;
- б) электрокардиографического обследования;
- в) рентгенологического исследования органов грудной клетки (флюорографии);
- г) при заболеваниях органов пищеварения - их рентгеноскопического исследования (если с момента последнего рентгенологического обследования прошло более 6 месяцев) либо УЗИ, эндоскопии;
- д) при необходимости дополнительных исследований;
- е) заключение акушера-гинеколога (для всех сопровождающих ребенка женщин, а для беременных дополнительно обменная карта)
- ж) заключения психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе нервно-психических расстройств;

з) заключения соответствующих специалистов при основном или сопутствующем заболеваниях.

П. В –ГБ № 5.

Специалист, назначенный ответственным за прием медицинской документации и работу в подсистеме мониторинга санаторно-курортного лечения:

1. Осуществляет:

1.1. Проверку представленных Учреждением документов на правильность заполнения и соответствие диагноза, указанного в форме № 070/у, профилю санатория, в который направляется пациент.

1.2. В случае предоставления полного перечня документов, отсутствия нарушений в оформлении медицинской документации ребенка регистрирует заявления в журнале.

1.3. Выдает представителю Учреждения расписку о принятых документах.

1.4. Регистрирует пациента в подсистеме мониторинга санаторно-курортного лечения и направляет заявку в профильный санаторий, рекомендованный лечащим врачом.

1.5. Отказывает в принятии документов в следующих случаях:

- наличие противоречивых/недостоверных сведений в Заявлении и приложенных к нему документах;
- непредставление одного или более документов, указанных в пункте 8 настоящего приложения;
- некорректное заполнение формы № 070/у;
- отсутствие медицинских показаний для оказания санаторно-курортной помощи;
- наличие медицинских противопоказаний для оказания санаторно-курортной помощи;
- отсутствие у пациента гражданства Российской Федерации и регистрации в городе Севастополе.

1.6. Направляет уведомление заявителю о регистрации в подсистеме мониторинга санаторно-курортного лечения, способом, указанным заявителем в заявлении, с указанием номера заявки (приложение № 3 к настоящему Порядку).

1.7. В случае отказа в принятии документов направляет заявителю уведомление об отказе (приложение № 4 к настоящему Порядку), способом, указанным заявителем в заявлении.

1.8. В случае согласования заявки санаторием формирует санаторно-курортную путевку.

1.9. В случае предоставления путевки в санаторий «мать и дитя» уточняет у законного представителя ребенка информацию о сопровождающем лице: ФИО, паспортные данные (по указанному в заявлении телефону).

1.10. Информирование законного представителя ребенка о получении санаторно-курортной путевки и выдачу путевки.

1.11. Регистрацию санаторно-курортной путевки в журнале.

Таблица №34

Список санаториев по профилю эндокринология:

№	Название санатория	Дети	Мать и дитя
Эндокринология			
1.	ФГБУ Санаторий им. М.И. Калинина (г. Ессентуки)	нет	4-17 лет
2.	ФГБУ Детский санаторий «Горный воздух» (г. Железноводск)	нет	4-17 лет
3.	ВДЦ «Алые Паруса» (г. Евпатория)	5-9 класс (10-15 лет)	Нет

9. Оказание медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом с применением телемедицинских технологий

1. Перед проведением ТМК пациент должен быть информирован врачом о необходимости/желательности ее проведения, ее возможностях и ограничениях, после чего пациент/законный представитель оформляет согласие на медицинское вмешательство с применением телемедицинских технологий, на обработку персональных данных, в том числе в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой подписи (при наличии технической возможности). При отсутствии согласия пациента оказание медицинской помощи в формате телеконсультаций не осуществляется.

2. Все медицинские организации, подведомственные Департаменту здравоохранения города Севастополя, оказывают медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий согласно Приказу ДЗ № 954.

3. Дистанционное взаимодействие между медицинскими организациями при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с Приказу МЗ РФ № 965н.

4. Дистанционное взаимодействие непосредственно медицинских работников при проведении ТМК формата «врач-врач»:

4.1. Для проведения телеконсультации (консилиумов) с специалистами медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Севастополя, используется подсистема ТМК «Региональной интегрированной электронной медицинской карты», доступная в защищенной сети передачи данных по адресу lk.sevmiac.ru (далее — система ТМК).

4.2. Доступ к системе ТМК предоставляется сотрудниками ГБУЗС «МИАЦ» на основании полученных заявок в системе баг-трекинга Mantis по адресу help.sevmiac.ru Идентификация и аутентификация пользователей в Системе ТМК осуществляется с использованием ЕСИА.

4.3. Уведомление о назначенной телеконсультации транслируется на e-mail, привязанную к учетной записи пользователя.

4.4. Система ТМК позволяет проводить плановые, неотложные и экстренные консультации на основании полученных диагностических исследований;

4.5. Система ТМК позволяет проводить видео-консультации, прикреплять необходимые медицинские документы для заочного изучения и предоставления заключения, проводить консилиумы с участием нескольких специалистов;

4.6. По итогам проведения ТМК врач-консультант формирует заключение и подписывает усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП) для дальнейшей отправки СЭМД «Протокол телемедицинских консультаций» (далее СЭМД) в подсистему «Федеральный реестр электронных медицинских документов» ЕГИСЗ (далее — ФРЭМД).

4.7. Врач-консультант несет ответственность за достоверность данных и качество заполнения СЭМД.

4.8. Врач-консультант обеспечивает передачу СЭМД в ФРЭМД не позднее 3 дней после проведения консультации, в сроки от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса на проведение консультации в экстренной форме, от 3 до 24 часов с момента поступления запроса в консультирующую медицинскую организацию при проведении консультации с применением телемедицинских технологий в неотложной форме.

4.9. Для проведения телеконсультации (консилиумов) с специалистами Национальных медицинских исследовательских центров Российской Федерации, используется телемедицинская система дистанционных консультаций федерального и регионального уровней по адресу tmk.minzdrav.gov.ru.

Ответственное лицо в МО – заведующий поликлиникой (амбулаторная ТМК), заведующий отделением (стационарная ТМК).

Решение о проведении ТМК принимается врачом эндокринологом, с обоснованием в медицинской карте пациента.

После проведения ТМК, в медицинской карте отражаются полученные данные с рекомендациями, составляется/корректируется план ведения/лечения пациента, с последующим динамическим наблюдением.

Критерии оформления протокола ТМК в федеральный центр: дата проведения, консультирующая МО (НМИЦ), информация о пациенте, цель консультации, диагноз, вопросы к консультантам.

Копия протокола ТМК с федеральным центром прикрепляется в виде файла в электронной карте пациента, в бумажном виде – в случае ведения бумажной амбулаторной карты.

Копия протокола выдается пациенту на руки, пациент информируется о результатах ТМК.

5. Дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами или их законными представителями при проведении телеконсультаций в формате «врач-пациент»:

5.1. Телеконсультации по типу врач-пациент назначаются лечащим врачом после проведения первичного приема в случае возможности проведения повторного осмотра без присутствия пациента;

5.2. Лечащий врач открывает запись на удаленную консультацию в региональной медицинской информационной системе (далее — РМИС) на свободный талон;

5.3. Лечащий врач распечатывает и передает пациенту талон на удаленную консультацию, который содержит в себе QR-код для подключения к видеоконференцсвязи;

5.4. Лечащий врач распечатывает документ «Информированное добровольное согласие», передает пациенту на ознакомление и подписание. Подписанное соглашение прикрепляет к карте пациента;

5.5. В назначенное время лечащий врач и пациент выполняют подключение по видеоконференцсвязи для проведения повторного осмотра, по итогам осмотра лечащий врач заполняет осмотр и формирует протокол телемедицинской консультации, подписывает СЭМД;

5.6. Лечащий врач несет ответственность за достоверность данных и качество заполнения СЭМД;

5.7. Лечащий врач обеспечивает передачу СЭМД в ФРЭМД не позднее 3 дней после проведения консультации;

5.8. Ссылка на запись проведенной видеоконференцсвязи прикрепляется в РМИС к повторному осмотру пациента.

6. Техническая поддержка:

6.1. Первый уровень технической поддержки обеспечивает МО. Поддержка конечных пользователей (врачей-консультантов и врачей-инициаторов) включает:

- мониторинг и контроль работоспособности периферийного оборудования и локальной сети;
- решение типовых вопросов использования информационной системы в рамках эксплуатации;
- прием, обработка и первоначальный анализ поступивших от пользователей заявок, связанных с неработоспособностью информационной системы, доработкой функционала, выполнением настроек;
- формирование перечня необходимых доработок, полученных по запросам пользователей.

6.2. Второй уровень технической поддержки обеспечивает ГБУЗС «МИАЦ».

Обработка вопросов, которые невозможно решить на первом уровне технической поддержки включает:

- управление доступом, штатная настройка опций/параметров информационной системы;
- регламентное техническое обслуживание информационной системы;
- проведение работ по устранению причин неполадок совместно с разработчиком информационной системы;
- анализ перечня доработок, формирование технического задания, взаимодействие с разработчиками и осуществление доработок;
- при необходимости — разработка технической документации.

6.3. Техническую поддержку пациентов (их законных представителей) обеспечивает консультирующая МО.

Пациенты могут получить техническую поддержку путем обращения в МО.

7. Хранение и обеспечение защиты данных:

7.1. Направление на телеконсультацию врач-врач (консилиум) формируется на основе учетной формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255 в форме СЭМД, подписанного УКЭП и переданного в подсистему «Федеральный реестр электронных медицинских документов» ЕГИСЗ.

7.2. Регистрация материалов, полученных по результатам дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, медицинских работников и пациентов (или их законных представителей) в Федеральном реестре электронных медицинских документов осуществляется с учетом требований к перечню регистрируемых электронных медицинских документов и их форматам.

8. Дистанционное наблюдение врачом эндокринологом за пациентами, состоящими под диспансерным наблюдением с сахарным диабетом, с использованием персональных помощников:

8.1. Пациент подписывает договор о выдаче персонального прибора — глюкометра, скан-копия которого прикрепляется к карте пациента.

8.2. После подписания договора пациент получает от лечащего врач индивидуальный график проведения самоконтроля гликемии, оборудование для дистанционного наблюдения (глюкометр). Лечащий врач проводит первичный инструктаж пациента по подключению мобильного приложения и использования оборудования.

8.3. Лечащий врач в РМИС получает медицинские заключения по выявленным клинически значимым событиям от ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, при необходимости проводится коррекция терапии.

8.4. В случае критических ситуаций лечащий врач, на основании полученного заключения, принимается решение о необходимости выезда к пациенту и его госпитализации.