



**Российская Федерация
Республика Карелия
Министерство здравоохранения Республики Карелия**

ПРИКАЗ

№ 131/МЗ-П

от 28.01.2025

**Об организации оказания в Республике Карелия
медицинской помощи пациентам с нарушениями углеводного обмена**

В целях совершенствования оказания медицинской помощи взрослому населению Республики Карелия по профилю «Эндокринология», повышения ее доступности и качества, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2023 года № 104н, на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые:
 - 1.1 Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология» в Республике Карелия согласно приложению 1 к настоящему приказу.
 - 1.2 Порядок диагностики нарушений углеводного обмена согласно приложению 2 к настоящему приказу.
 - 1.3 Порядок диагностики нарушений углеводного обмена, диспансерного наблюдения пациентов с преддиабетом согласно приложению 3 к настоящему приказу.
 - 1.4 Порядок диспансерного наблюдения больных с сахарным диабетом согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5 Порядок оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в межрайонном эндокринологическом центре и региональном эндокринологическом центре согласно приложению 5 к настоящему приказу.

1.6 Порядок диспансерного наблюдения, оказания плановой медицинской помощи и маршрутизации пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет 1 типа без осложнений согласно приложению 6 к настоящему приказу.

1.7 Порядок диспансерного наблюдения, оказания плановой медицинской помощи и маршрутизации взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет 2 типа без осложнений согласно приложению 7 к настоящему приказу.

1.8 Порядок направления пациентов с сахарным диабетом для прохождения терапевтического обучения согласно приложению 8 к настоящему приказу.

1.9 Порядок оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в стационаре согласно приложению 9 к настоящему приказу.

1.10 Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи при гипергликемических состояниях в условиях приемных отделений государственных учреждений здравоохранения Республики Карелия согласно приложению 10 к настоящему приказу.

1.11 Маршрутизацию пациентов с сахарным диабетом при оказании специализированной стационарной помощи, в том числе неотложной, плановой в эндокринологическое отделение или РЭЦ согласно приложению 11 к настоящему приказу.

1.12 Порядок маршрутизации пациентов с синдромом диабетической стопы в Республике Карелия согласно приложению 12 к настоящему приказу.

1.13 Порядок маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи при сахарном диабете с поздними осложнениями (диабетическая ретинопатия) в Республике Карелия согласно приложению 13 к настоящему распоряжению.

1.14 Порядок оказания медицинской помощи беременным с нарушениями углеводного обмена согласно приложению 14 к настоящему распоряжению.

1.15 Порядок оказания медицинской помощи пациентам Республики Карелия с сахарным диабетом с применением телемедицинских технологий согласно приложению 15 к настоящему распоряжению.

1.16 Особенности оказания медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентам Республики Карелия с сахарным диабетом согласно приложению 16 к настоящему распоряжению.

1.17 Показания для госпитализации в эндокринологическое отделение ГБУЗ «Республиканская больница им В.А. Баранова» для пациентов с сахарным диабетом согласно приложению 17 к настоящему приказу.

1.18 Порядок маршрутизации при оказании медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в неотложной и экстренной формах согласно приложению 18 к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Карелия, оказывающих плановую и экстренную медицинскую помощь, обеспечить исполнение порядков и схем маршрутизации больных с эндокринной патологией в соответствии с настоящим приказом.

3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Карелия от 13 июня 2023 года № 915/МЗ-П «Об организации оказания в Республике Карелия медицинской помощи по профилю «эндокринология».

4. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Республики Карелия Г.Ю. Матвееву.

Министр

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 00CAF5A0E036AA2A31E21E1318B451FC09
Владелец **Охлопков Михаил Егорович**
Действителен с 19.02.2024 по 14.05.2025

М.Е. Охлопков

**Порядок
оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю
«эндокринология» в Республике Карелия**

1 Настоящий Порядок устанавливает правила организации оказания медицинской помощи взрослому населению Республики Карелия по профилю «эндокринология», а также пациентам с подозрением на эндокринные заболевания.

2 Медицинская помощь по профилю «эндокринология» в Республике Карелия оказывается в виде: первичной медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

3 Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается:

- в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4 Медицинская помощь по профилю «эндокринология» оказывается в следующих формах:

- экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента);
- неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента);
- плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

5 Медицинская помощь по профилю «эндокринология», организуется и оказывается на основе клинических рекомендаций с учетом утвержденных стандартов оказания медицинской помощи.

6 Первичная медико-санитарная помощь по профилю «эндокринология» включает в себя мероприятия по профилактике,

диагностике, лечению эндокринных заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности у пациентов с эндокринной патологией, формированию здорового образа жизни.

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

8 Первичная медико-санитарная помощь по профилю «эндокринология» включает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь; оказываемую медицинскими работниками со средним медицинским образованием;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь; оказываемую в медицинских организациях участковыми врачами-терапевтами, врачами общей практики (семейными врачами);
- первичную специализированную медико-санитарную помощь, оказываемую врачами-эндокринологами.

9 В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, участковые врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи):

- проводят диагностику с целью выявления эндокринных заболеваний, а также с целью определения риска развития эндокринных заболеваний и их осложнений;
- разрабатывают план мероприятий по профилактике эндокринных заболеваний и их осложнений;
- осуществляют диспансерное наблюдение и оказывают плановую медицинскую помощь на основе стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций по конкретной эндокринной патологии, а также на основе разработанного плана лечения и наблюдения врачом-эндокринологом;
- при необходимости оказывают экстренную помощь пациентам с эндокринной патологией (например, купирование гипогликемического или гипергликемического состояния);
- при впервые выявленном эндокринном заболевании, при прогрессировании имеющегося эндокринного заболевания, наличии других медицинских показаний направляют больных для оказания первичной специализированной помощи к врачу эндокринологу или, при его отсутствии, на обследование в эндокринное отделение, к врачу-эндокринологу, осуществляющему консультативный прием в поликлинике и/или Региональном эндокринологическом центре, являющихся структурными подразделениями ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова»;
- в случае тяжелого состояния пациента, требующего экстренной госпитализации, пациент может быть направлен в эндокринологическое отделение ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» без осмотра врача-эндокринолога.

10 Первичная специализированная медико-санитарная помощь по профилю «эндокринология» оказывается врачами-эндокринологами по

медицинским показаниям при самостоятельном обращении пациентов, либо по направлению врачей-терапевтов, врачей общей практики, врачей-специалистов других профилей, фельдшеров, акушеров, а также при дистанционном консультировании больных с использованием информационных телемедицинских технологий.

11 В рамках оказания первичной специализированной медицинской помощи врач – эндокринолог:

- проводит обследование пациентов с подозрением на эндокринные заболевания с целью установления диагноза;

- назначает при необходимости лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы согласно действующим рекомендациям и алгоритмам, контролирует его эффективности и безопасность;

- осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами с эндокринной патологией, назначает необходимое обследование, коррекцию терапии;

- проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и/или состояниях эндокринной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, осуществляет экспертизу нетрудоспособности;

- принимает участие в проведении школ терапевтического обучения для больных сахарным диабетом, проводит санитарно-просветительскую работу с населением для предупреждения развития эндокринных заболеваний, формирования принципов здорового образа жизни, проводит профилактику заболеваний эндокринной системы;

- при необходимости оказывает экстренную специализированную медицинскую помощь (например, купирование гипогликемического или гипергликемического состояния);

- проводит анализ медико-статистической информации, ведет необходимую медицинскую документацию, осуществляет ведение регистра пациентов с сахарным диабетом, передает информацию о выявлении пациентов с другой эндокринной патологией для включения их в соответствующие регистры при необходимости;

- при прогрессировании или декомпенсации имеющего эндокринного заболевания, наличии других медицинских показаний направляет больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в эндокринологическое отделение и/или Региональный эндокринологический центр (далее – РЭЦ), являющиеся структурными подразделениями ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова», или оформляется телемедицинская консультация.

12 В составе РЭЦ работает кабинет Диабетической стопы, а также ведется офтальмологическое исследование пациентов с сахарным диабетом. Также в структуру РЭЦ входит дневной стационар и кабинет «Школа терапевтического обучения для пациентов с сахарным диабетом»

13 В случае отсутствия медицинских показаний к первичной специализированной помощи и/или диспансерного наблюдения у врача-эндокринолога, пациент направляется под наблюдение врача-терапевта или врача общей практики в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с рекомендациями по лечению.

14 Специализированная медицинская помощь, оказывается врачами-эндокринологами в эндокринологическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» (далее – эндокринологическое отделение), а также в дневном стационаре РЭЦ.

15 В своей работе врачи-эндокринологи используют действующие рекомендации и алгоритмы.

В условиях стационара используется более широкий перечень лабораторной и инструментальной диагностики, позволяющей более точно диагностировать и лечить эндокринные заболевания у пациентов Республики Карелия. Так как эндокринологическое отделение является структурным подразделением многопрофильного стационара, пациенты с эндокринной патологией получают специализированное лечение и по поводу сопутствующей патологии, в том числе заместительную почечную терапию при терминальной почечной недостаточности. В составе ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» имеется Республиканский сосудистый центр (РСЦ) для оказания помощи больным с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) и/или мозговым инсультом в том числе и пациентам, имеющим эндокринную патологию.

16 В эндокринологическом отделении оказывается высокотехнологичная медицинская помощь - терапевтическое лечение сахарного диабета и его сосудистых осложнений, включая заместительную инсулиновую терапию системами постоянной подкожной инфузии (инсулиновая помпа).

17 В ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» высокотехнологичная медицинская помощь в хирургическом отделении - хирургическое лечение новообразований надпочечников и забрюшинного пространства, в кардиохирургическом отделении - гибридные операции при многоуровневом поражении магистральных артерий и артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом.

18 Направление пациентов в случаях, указанных в п. 16,17 настоящего Порядка осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи» и от 02.10.2019 №824н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

19 При необходимости в эндокринологическом отделении применяются телемедицинские технологии для осуществления дистанционных консультаций как с федеральными медицинскими

учреждениями, так и с центральными районными больницами. Результатом телемедицинских консультаций являются направление пациентов на госпитализацию в федеральные медицинские учреждения для оказания им высокотехнологичной медицинской помощи.

20 После оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях больному выдается выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного с результатами проведенного обследования и лечения, рекомендациями по дальнейшей тактике наблюдения, обследования и лечения. Дальнейшее наблюдение за пациентом осуществляется в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или первичной специализированной помощи.

21 Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается при экстренных и неотложных состояниях у пациентов с эндокринной патологией вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях медицинской организации.

22 Скорая медицинская помощь больным с эндокринной патологией, требующей срочного медицинского вмешательства, вне медицинской организации оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.07.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

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

24 При наличии медицинских показаний больные госпитализируются в эндокринологическое отделение.

25 При отсутствии на ближайшем расстоянии медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь больным с неотложными и экстренными заболеваниями, больной транспортируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре терапевтическое отделение (койки) с палатами реанимации и интенсивной терапии, в штатном расписании которого имеются врачи-терапевты, врачи-эндокринологи, и/или врачи-реаниматологи.

26 После стабилизации состояния больного и при наличии медицинских показаний больной переводится в эндокринологическое отделение.

Порядок диагностики нарушений углеводного обмена

1. Диагнозы: сахарный диабет, нарушение толерантности к глюкозе или нарушение гликемии натощак (преддиабет R73.0) может быть установлен врачом-терапевтом, врачом эндокринологом при проведении профилактического медицинского осмотра, на амбулаторном приеме и при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

2. Диагностика с целью выявления сахарного диабета и других нарушений углеводного обмена (преддиабета R73.0) осуществляется в соответствии с диагностическими критериями согласно таблице № 1.

Таблица 1

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л <u><1></u>	
	Цельная капиллярная кровь	Венозная плазма <u><2></u>
НОРМА		
Натощак и через 2 часа после ПГТТ <u><3></u>	< 5,6	< 6,1
	< 7,8	< 7,8
Сахарный диабет <u><4></u>		
Натощак или через 2 часа после ПГТТ или случайное определение <u><5></u>	>= 6,1	>= 7,0
	>= 11,1	>= 11,1
	>= 11,1	>= 11,1
Нарушенная толерантность к глюкозе (преддиабет)		
Натощак (если определяется) и через 2 часа после ПГТТ	< 6,1	< 7,0
	>= 7,8 < 11,1	>= 7,8 < 11,1
Нарушенная гликемия натощак (преддиабет)		
Натощак и через 2 часа после ПГТТ (если определяется)	>= 5,6 < 6,1	>= 6,1 < 7,0
	< 7,8	< 7,8
Норма у беременных		
Натощак и через 1 час после ПГТТ и через 2 часа	не применимо	< 5,1

после ПГТТ	не применимо	< 10,0
	не применимо	< 8,5
Гестационный сахарный диабет		
Натощак в любом сроке и через 1 час после ПГТТ (проводится в сроке 24 - 28 недель при отсутствии противопоказаний) или через 2 часа после ПГТТ (проводится в сроке 24 - 28 недель при отсутствии противопоказаний)	не применимо	$\geq 5,1 < 7,0$

<1> Диагностика проводится на основании лабораторных определений уровня гликемии.

<2> Возможно использование сыворотки.

<3> ПГТТ - пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г. глюкозы. Проводится в случае сомнительных значений гликемии для уточнения диагноза.

<4> Диагноз СД всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни, за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или с очевидными симптомами. Диагноз гестационного СД может быть поставлен на основании однократного определения гликемии.

<5> При наличии классических симптомов гипергликемии.

3. Скрининг на сахарный диабет в группах риска проводится по критериям согласно таблице № 2.

Таблица 2

Возраст начала скрининга	Группы, в которых проводится скрининг	Частота скрининга
Взрослые (от 18 лет и старше)	Избыточная масса тела или ожирение ($ИМТ > 25 \text{ кг/м}^2$) + 1 из факторов риска: - возраст ≥ 45 лет - семейный анамнез сахарного диабета - преддиабет (нарушение гликемии натощак или нарушение толерантности к глюкозе) - гестационный сахарный диабет или рождение крупного плода в анамнезе - синдром поликистозных яичников - сердечно-сосудистые заболевания	При нормальном результате - 1 раз в 3 года. При предиабете - 1 раз в год
Старше 45 лет	С нормальной массой тела и отсутствием других факторов риска	При нормальном результате - 1 раз в 3 года

<6>Скрининг включает:

- гликемия натощак;

- при гликемии натощак ниже диабетических значений - дополнительно проводится пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы (при отсутствии противопоказаний!).

Схема маршрутизации по направлению на исследование гликированного гемоглобина

Район	Медицинские организации Республики Карелия оказывающую первичную медико-санитарную помощь	Медицинские организации Республики Карелия, где проводятся исследования гликированного гемоглобина
Лоухский район	ГБУЗ РК «Лоухская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Лоухская ЦРБ»
Калевальский район	ГБУЗ РК «Калевальская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Калевальская ЦРБ»
Сегежский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Сегежская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Сегежская ЦРБ»
Кемский район	ГБУЗ РК «Кемская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Кемская ЦРБ»
Беломорский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Беломорская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Беломорская ЦРБ»
Пудожский район	ГБУЗ РК «Пудожская ЦРБ»	Клиника Ситилаб

Костомукшский городской округ	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»
Медвежьегорский район	ГБУЗ РК «Медвежьегорская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Медвежьегорская ЦРБ»
Кондопожский район	ГБУЗ РК «Кондопожская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Кондопожская ЦРБ»
Олонецкий район	ГБУЗ РК «Олонецкая ЦРБ»	ГБУЗ РК «Олонецкая ЦРБ»
Пряжинский район	ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ»
Суоярвский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Суоярвская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ»
Питкярантский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Питкярантская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Питкярантская ЦРБ»
Сортавальский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»

Муезерский район	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»
Лахденпохский район	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»

г. Петрозаводск	Городские поликлиники	Городские поликлиники
Поликлиники г.Петрозаводска	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №1»	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №1»
	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №2»	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №2»
	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №3»	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №3»
	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №4»	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №4»
	ГБУЗ РК «Госпиталь для ветеранов войн»	ГБУЗ РК «Госпиталь для ветеранов войн»
	ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г.Петрозаводск»	ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г.Петрозаводск»
Прионежский район	Прионежский филиал ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова	ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова»

4. Исследование гликированного гемоглобина (далее - HbA1c) должно быть выполнено с использованием метода определения HbA1c, сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) или International Federation of Clinical Chemists (IFCC) стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Нормальным считается уровень HbA1c $\leq 6,0\%$ (≤ 42 ммоль/моль).

5. Пациент с преддиабетом направляется врачом-терапевтом на исследование гликированного гемоглобина 1 раз в год (HbA1c не является диагностическим маркером предиабета, применяется с последующим выполнением ПГТТ, при невозможности выполнения ПГТТ – определением глюкозы плазмы натощак).

6. Пациентам с установленным диагнозом «сахарный диабет» исследование концентрации гликированного гемоглобина рекомендовано делать каждые три месяца для контроля эффективности лечения и оценки риска развития осложнений: ретинопатии (поражения сетчатки глаза, которое в тяжелых случаях может заканчиваться слепотой); нефропатии (поражения почек); полинейропатии (поражения нервных волокон, которое может приводить к атрофии (истощению) мышц); артериальной гипертензии (повышенного давления); атеросклероза (отложения холестерина в стенке сосудов); ИБС (ишемической болезни сердца).

7. Ограничения в использовании HbA1c:

- при стремительном развитии СД, например, в некоторых случаях СД 1 типа у детей, уровень HbA1c может не быть значимо повышенным, несмотря на наличие классических симптомов СД.

- лабораторная и индивидуальная вариабельность, в связи с чем решения об изменении терапии должны проводиться с учетом других данных оценки гликемического контроля.

- не гликемические факторы, искажающие уровень HbA1c.

8. Для большинства пациентов с СД адекватным является целевой уровень HbA1c менее 7,0%. - Рекомендуется осуществлять оценку избранных индивидуальных целей гликемического контроля 1 - 2 раза в год с целью обеспечить надлежащую безопасность сахароснижающей терапии в зависимости от актуальной клинической ситуации сахарного диабета.

Целевой уровень HbA1c категории пациентов разных возрастных групп*

Таблица 4

Категории пациентов	Молодой	Средний	Пожилой возраст	
			функциональный	функционально зависимые
Клинические				

характеристики/риски	возраст	возраст	о независимые	без старческо й астении и/или деменции	старческа я астения и/или деменция	Завершающий этап жизни
Нет атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний ИБС (инфаркт миокарда в анамнезе, шунтирование/стентирован ие коронарных артерий, стенокардия); нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; заболевания артерий нижних конечностей (с симптоматикой) /или риска тяжелой гипогликемии	< 6,5%	< 7,0%	< 7,5%	< 8,0%	< 8,5%	Избегать гипогликемий и симптомов гипергликеми и
Есть атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания и/или риск тяжелой гипогликемии	< 7,0%	< 7,5%	< 8,0%			
При низкой ожидаемой продолжительности жизни (< 5 лет) цели могут быть менее строгими						

* Данные целевые значения не относятся к беременным женщинам

**Основными критериями риска тяжелой гипогликемии являются: тяжелая гипогликемия в анамнезе, бессимптомная гипогликемия, большая продолжительность СД, ХБП С3-5, деменция.

Порядок диагностики нарушений углеводного обмена, диспансерного наблюдения пациентов с преддиабетом

1. Факторы риска развития нарушений углеводного обмена, группы лиц, среди которых проводится скрининг на нарушения углеводного обмена, критерии диагностики преддиабета и сахарного диабета, вопросы профилактики сахарного диабета 2 типа и клинические аспекты проведения диспансерного наблюдения освещены в клинических рекомендациях «Сахарный диабет 2 типа у взрослых», методических рекомендациях «Диспансерное наблюдение пациентов с преддиабетом врачом - терапевтом в первичном звене здравоохранения».

2. Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

3. Ответственным за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации является руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации.

4. Пациенты из группы риска нарушений углеводного обмена, а также пациенты с нарушением углеводного обмена могут выявляться при проведении профилактических медицинских осмотров или диспансеризации (далее - ПМО), при диспансерном наблюдении отдельных групп взрослого населения (далее - ДОГВН), а так же при оказании первичной медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

5. Пациенты из группы риска нарушений углеводного обмена, а также пациенты с нарушением углеводного обмена могут выявляться при оказании медицинской помощи в медицинских учреждениях любого уровня.

6. Выявление пациентов группы риска нарушений углеводного обмена, а так же диагностика преддиабета или сахарного диабета осуществляется врачом-эндокринологом, врачом-терапевтом, а так же врачом специалистом любой специальности.

7. При выявлении преддиабета в ходе ДОГВН, ПМО, при обращении пациента в медицинскую организацию пациенту устанавливается IIIA группа здоровья, проводится углубленное профилактическое консультирование, устанавливается диспансерное наблюдение врачом-

терапевтом (врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики) в первые 3 дня после постановки диагноза.

8. Основная задача диспансерного наблюдения заключается в оценке риска развития сахарного диабета 2 типа, эффективности проводимых мероприятий по изменению образа жизни, своевременном принятии решения об инициации медикаментозной терапии преддиабета и оценке ее эффективности в дальнейшем.

9. Пациент с преддиабетом направляется к врачу - эндокринологу медицинской организации 1 уровня, если, несмотря на проводимую терапию (в т.ч. медикаментозную), имеет место дальнейшее прогрессирование нарушений углеводного обмена, в частности, манифестация сахарного диабета 2 типа; при неясном диагнозе, с целью исключения гипергликемии вторичного генеза при других эндокринных заболеваниях, требующих наблюдения эндокринолога.

10. В случае невозможности транспортировки пациента и/или осмотра его в месте пребывания допускается проведение ТМК врач – врач (терапевт – эндокринолог).

11. Пациент с преддиабетом и ожирением при возможности направляется на консультацию врача-диетолога и врача-психотерапевта для оценки модели пищевого поведения и при возможности ее коррекции.

12. У лиц с преддиабетом необходимо проводить оценку и коррекцию сердечно-сосудистых факторов риска, а также наличия ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний.

13. В медицинских организациях проводится санитарно-просветительная работа с населением для предупреждения развития сахарного диабета, формирования принципов здорового образа жизни.

14. При выявлении сахарного диабета 2 типа в ходе ДОГВН, ПМО или обращения пациента в медицинскую организацию диспансерное наблюдение устанавливается в ближайшие 3 дня, и назначается обследование, направленное на выявление осложнений сахарного диабета.

15. Пациенту при отсутствии противопоказаний врачом-терапевтом (участковым или врачом общей практики) иницируется терапия метформином.

16. При выявлении сахарного диабета 2 типа в период стационарного лечения по поводу другой патологии пациенту устанавливается диспансерное наблюдение в медицинском учреждении 1 уровня в течение 3 дней после выписки из стационара.

17. При подозрении и/или диагностике сахарного диабета 1 типа при стабильном состоянии пациент направляется к эндокринологу медицинской организации 1 уровня, где ему устанавливается пожизненное диспансерное наблюдение не позднее чем в течение 3-х дней от момента постановки диагноза согласно приложению 6 к настоящему приказу.

18. При наличии у пациента клинически значимых проявлений гипергликемии, нестабильного состоянии пациента, наличия показаний к

госпитализации он маршрутизируется согласно приложению 18 к настоящему приказу.

Порядок диспансерного наблюдения больных с сахарным диабетом

1. Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

2. Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом осуществляется фельдшером фельдшерско-акушерского пункта или фельдшерского пункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, в порядке, установленном Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), с проведением консультации врача-эндокринолога по показаниям.

3. Пациенту с IIIA группы здоровья, установленной в ходе диспансеризации, профилактического медицинского осмотра или по обращению проводится углубленное профилактическое консультирование.

4. Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом без каких-либо иных заболеваний, требующих диспансерного наблюдения, врачами терапевтами первичного звена государственных учреждений здравоохранения Республики Карелия осуществляется по алгоритму согласно таблице № 5.

Таблица 5

Заболевание/состояние (код МКБ-10): Нарушенная гликемия натощак (НГН) - R73.9 (Гипергликемия неуточненная), нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) - R73.0 (Отклонения результатов нормы теста на толерантность к глюкозе)	
Регулярность профилактических посещений	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время профилактических посещений в рамках диспансерного наблюдения
Не реже 1 раза в год	Сбор жалоб с оценкой динамики их изменений: <ul style="list-style-type: none"> • У лиц с предиабетом какие-либо специфические жалобы отсутствуют; • Пациенты с предиабетом могут не предъявлять жалоб, как

характерных для гипергликемии, так и любых жалоб в целом. Однако возможны жалобы на избыточную массу тела, жалобы, характерные для ССЗ (повышение АД, боли в левой половине грудной клетки различного характера и т.д.), которые обязательно необходимо выявить и принять во внимание (также выявление указанных жалоб возможно в рамках ПМО и ДОГВН).

Сбор анамнеза:

- При сборе анамнеза следует обратить внимание на наличие нарушений углеводного обмена у родственников первой степени родства, ГСД в анамнезе у женщин, наличие ССЗ и их осложнений, оценить динамику массы тела в течение жизни, уточнить, когда впервые в жизни было выявлено повышение уровня глюкозы и до каких значений.

Физикальное обследование:

- Специфические признаки предиабета, которые можно было бы выявить при физикальном обследовании, отсутствуют. Следует соблюдать общие пропедевтические принципы обследования;
- Показатели роста и массы тела с последующим определением ИМТ; АД по методу Короткова, окружность талии (ОТ) учитываются в опроснике FINDRISC (приложение № 1 Методических рекомендаций (издание 2) «Диспансерное наблюдение пациентов с предиабетом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения», позволяющем оценить 10-летний риск развития СД 2.

Оценка факторов риска развития СД 2 и анализ их динамики – при каждом визите пациента в рамках ДН:

- Возраст старше 45 лет;
- Избыточная масса тела и ожирение ($\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$);
- Семейный анамнез СД (родители или братья/сестры с СД 2);
- НТГ или НГН в анамнезе (следует учитывать, что максимальный риск развития заболевания имеют лица с сочетанием HbA_{1c} 6,0-6,4% и ГПН 6,1-6,9 ммоль/л, а также лица с НТГ, у которых одновременно показатель ГПН в пределах 6,1-6,9 ммоль/л)
- Гестационный сахарный диабет или рождение крупного плода в анамнезе;
- Артериальная гипертензия ($\geq 140/90$ мм рт.ст. или медикаментозная антигипертензивная терапия);
- Привычно низкая физическая активность (по времени и интенсивности меньше, чем рекомендованные ВОЗ для соответствующих возрастных групп);
- Холестерин ЛПВП $\leq 0,9$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов $\geq 2,82$ ммоль/л;
- Синдром поликистозных яичников (в рамках сбора анамнеза);
- Наличие сердечно-сосудистых заболеваний (в рамках сбора анамнеза);
- Оценка поведенческих факторов риска (включая курение, употребление алкоголя, нерациональное питание) с оценкой

динамики их изменений;

У лиц с предиабетом необходимо проводить оценку и коррекцию сердечно-сосудистых факторов риска, согласно соответствующим клиническим рекомендациям.

При каждом посещении необходимо проведение краткого профилактического консультирования при наличии факторов риска (курение, нездоровое питание, недостаточная физическая активность) согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
Курящие пациенты для лечения синдрома зависимости от табака направляются в кабинет медицинской помощи по прекращению потребления табака и никотинсодержащей продукции.

Осуществление контроля за пациентом в первые 1-3 месяцев и далее через 6 месяцев после выявления нарушения углеводного обмена с оценкой поведенческих факторов риска. Дальнейшая частота определяется индивидуально, но не реже 1 раза в год. С целью осуществления контроля и повышения приверженности к соблюдению рекомендаций в ранние сроки могут использоваться различные методы, включая, телефонный контакт

Оценка сердечно-сосудистого риска (ССР) по шкале SCORE рекомендуется всем бессимптомным лицам старше 40 лет без атеросклеротических ССЗ, СД, ХБП, СГХС и с ХС ЛПНП <4,9 ммоль/л с целью стратификации ССР. Некоторых пациентов можно сразу отнести к категории высокого или очень высокого ССР, не проводя оценку риска по шкале SCORE (Приложение 3). (можно использовать данные полученные в рамках ПМО и ДОГВН в текущем году)

Уточнение факта приема лекарственных средств с оценкой их совместимости, в том числе влияющих на уровень гликемии (глюкокортикостероиды и др.), а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению.

Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого больного, выяснение причин невыполнения ранее назначенного лечения.

Лабораторные диагностические исследования:

- Проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) (для оценки состояния углеводного обмена в динамике, принятия решения о назначении/ отмене медикаментозной терапии, оценки ее эффективности; диагностики СД) – 1 раз в год (Приложение 2); или определение ГПН/ HbA1c 1 раз в год, а при применении медикаментозной терапии предиабета – определение ГПН 1 раз в 6 месяцев.

ПГТТ следует проводить на фоне временной отмены метформина, определение уровня HbA1c можно проводить без отмены препаратов.

• Креатинин с последующим определением расчетной скорости клубочковой фильтрации СКФ (при приеме метформина) - не реже 1 раза в год (при СКФ 45-59 мл/мин/1,73м² не реже 2 раз в год); СКФ менее 30 мл/мин/1.73м² является показанием для отмены метформина

• Частота контроля ХС ЛПНП определяется индивидуально, но не реже 1 раза в год. При выявленных нарушениях липидного обмена – ведение пациента и кратность обследований, согласно клиническим рекомендациям.

Инструментальные диагностические исследования:

специфическая инструментальная диагностика предиабета не применяется.

Определение показаний к госпитализации:

• Пациенты с предиабетом не нуждаются в стационарном лечении по этому состоянию.

Консультация врачей-специалистов, в том числе с использованием телемедицинских технологий:

• Консультация врача-эндокринолога рекомендована в случае прогрессирования нарушений углеводного обмена на фоне проводимой терапии или при подозрении на другое эндокринное заболевание;

• Консультация других специалистов (включая диетолога) – по показаниям (с учетом ассоциации предиабета с другими патологиями, например, сердечно-сосудистыми заболеваниями, НАЖБП, синдромом поликистозных яичников и др.) и последующее выполнение рекомендаций врача-специалиста.

Оценка достижения целевых значений контролируемых показателей состояния здоровья:

• уровень глюкозы крови натощак $\leq 6,0$ ммоль/л;

• уровень глюкозы крови через 2 часа после нагрузки в рамках ПГТТ $< 7,8$ ммоль/л;

• ИМТ $18,5 - 24,9$ кг/м², окружность талии < 94 см (мужчины) и < 80 см (женщины);

• уровень АД для лиц 18-65 лет: $\geq 120 < 130$ и $\geq 70 < 80$ ммрт.ст.;

для лиц старше 65 лет: $\geq 130 < 140$ и $\geq 70 < 80$ ммрт.ст.;

• уровень ХС ЛПНП в зависимости от уровня сердечно-сосудистого риска: при среднем риске $< 2,6$ ммоль/л;

при высоком риске $< 1,8$ ммоль/л; при очень высоком риске $< 1,4$ ммоль/л;

• отказ от курения и употребления алкоголя;

• соблюдение принципов питания, согласно рекомендациям (Приложение 4,5);

• физическая активность умеренной интенсивности – не менее 150-300 минут в неделю, высокой интенсивности – не менее 75-150 минут в неделю (при отсутствии противопоказаний и/или ограничений);

• другие целевые показатели в соответствии с индивидуальным планом лечения по сопутствующим заболеваниям;

Корректировка немедикаментозной и медикаментозной

	<p>терапии (при необходимости): в соответствии с Клиническими рекомендациями «Сахарный диабет 2 типа у взрослых, 2022» [1] (Приложение 4,6);</p> <p>Краткое профилактическое консультирование (включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска (см. выше), рекомендации по профилактике модифицируемых факторов, психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно с отягощенным наследственным анамнезом (проводится на каждом диспансерном приеме, а также в рамках ПМО и ДОГВН).</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none"> • разъяснение результатов обследования и рекомендации, выдача информационных материалов\памяток при необходимости; • информирование о необходимости регулярных визитов в рамках диспансерного наблюдения не реже 1 раза в год (по показаниям – чаще), о рекомендуемых для пациента целевых уровнях показателей состояния здоровья, о возможности получения углубленного профилактического консультирования группового/индивидуального (при наличии); • с целью экономии средств и рабочего времени медперсонала и пациента целесообразно первое проведение в текущем году диспансерного осмотра (приема) совмещать с приемом (осмотром) пациента, проводимого в рамках профилактического медицинского осмотра или диспансеризации⁴; • назначение даты следующего диспансерного приема. <p>Направление на вакцинацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> • против гриппа – ежегодно, особенно пациентам пожилого возраста для снижения риска смерти; • от пневмококковой инфекции, особенно пациентам пожилого возраста с явлениями хронической сердечной и дыхательной недостаточности для снижения риска смерти. <p>Направление в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового) – не реже 1 раз в год.</p> <p>Направление в отделение (кабинет медицинской реабилитации)/ на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • специфической медицинской реабилитации пациентам с предиабетом не требуется.
--	---

5. При установлении у пациента диагноза сахарный диабет устанавливается диспансерное наблюдение в срок не позднее трех дней с момента установления диагноза. Диспансерное наблюдение больных с

сахарным диабетом без инсулинопотребности с обязательным занесением следующих данных в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включает:

- диспансерный прием (осмотр) 1 раз в 3 месяца - включает динамику жалоб и анамнеза, физикальное обследование, в том числе в каждом осмотре указываются данные самоконтроля гликемии или их отсутствие, динамика веса пациента, индекс массы тела, осмотр мест инъекций инсулина, производится измерение артериального давления и визуальный осмотр нижних конечностей для исключения наличия язвенных поражений;

- пальпаторная оценка пульсации артерий стоп (aa. dorsalis pedis, aa. tibialis posterior) - не реже 1 раза в год;

- назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований:

- исследование гликированного гемоглобина - 1 раз в 3 месяца до достижения целевых показателей, далее - при необходимости, но не реже 1 раза в год;

- общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови (АСТ, АЛТ, билирубин, общий холестерин и липидный спектр, общий белок, мочевины, креатинин, СКФ) - не реже 1 раза в год;

- исследование на альбуминурию или суточную протеинурию - не реже 1 раза в год;

- электрокардиография, флюорография или рентгенография органов грудной клетки - не реже 1 раза в год;

- осмотр глазного дна врачом-офтальмологом (с расширением зрачка) - не реже 1 раза в год.

6. Диспансерное наблюдение пациентов с инсулинопотребностью - больных сахарным диабетом 1 типа от момента выявления заболевания пожизненно, больных другими типами сахарного диабета с инсулинопотребностью (в случае постоянной или временной инсулинотерапии) с обязательным занесением следующих данных в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях включает:

- прием (осмотр) - 1 раз в 3 месяца - включает динамику жалоб и анамнеза, физикальное обследование, в том числе в каждом осмотре указываются данные самоконтроля гликемии или их отсутствие, динамика веса пациента, индекс массы тела, осмотр мест инъекций инсулина, производится измерение артериального давления и визуальный осмотр нижних конечностей для исключения наличия язвенных поражений;

- осмотр мест инъекций инсулина - не реже 1 раза в 6 месяцев;

- пальпаторная оценка пульсации артерий стоп (aa. dorsalis pedis, aa. tibialis posterior) - не реже 1 раза в год;

- назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований:

- исследование гликированного гемоглобина - 1 раз в 3 месяца до достижения целевых показателей, далее - при необходимости, но не реже 2 раз в год;

- общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови (АСТ, АЛТ, билирубин, общий холестерин и липидный спектр, общий белок, мочевины, креатинин, СКФ) - не реже 1 раза в год;

- исследование на альбуминурию или суточную протеинурию - не реже 1 раза в год;

- электрокардиография, флюорография или рентгенография органов грудной клетки - не реже 1 раза в год;

- осмотр глазного дна врачом-офтальмологом (с расширением зрачка) - не реже 1 раза в год.

7. У маломобильных и лежачих пациентов диспансерное наблюдение на дому по месту прикрепления осуществляется фельдшером фельдшерско-акушерского пункта или фельдшерского пункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача согласно приказу Минздрава России № 252н, врачом-терапевтом, по показаниям врачом-эндокринологом. При необходимости могут быть использованы телемедицинские консультации врач-врач (терапевт/эндокринолог).

8. Данные о больных сахарным диабетом диспансерной группы врачами-эндокринологами, а также врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), фельдшерами передаются ответственным лицам государственного учреждения здравоохранения Республики Карелия для введения в государственный Регистр сахарного диабета в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 14 апреля 2016 года № 732 «Об организации работы по совершенствованию ведения регионального сегмента Государственного регистра больных сахарным диабетом в Республике Карелия».

9. Учету подлежат все лица, находящиеся на диспансерном наблюдении, и вновь зарегистрированные больные сахарным диабетом, и подписавшие информированное добровольное согласие на обработку персональных данных пациента.

Порядок
оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в
медицинских организациях и региональном эндокринологическом
центре

Схема 1

Этапы оказания медицинской помощи пациентам Республики Карелия с
сахарным диабетом



1. Первичная медико-санитарная помощь больным сахарным диабетом оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или фельдшером в амбулаторных условиях и включает в себя:

- 1) диагностику с целью выявления сахарного диабета и других нарушений углеводного обмена (предиабета), в соответствии с диагностическими критериями;
- 2) проведение скрининга на сахарный диабет в группах риска;
- 3) рекомендации пациенту мероприятий по изменению образа жизни;
- 4) назначение при отсутствии противопоказаний терапии первой линии (метформин в качестве препарата первой линии при впервые выявленном сахарном диабете с избыточным весом, при условии отсутствия противопоказаний, назначается терапевтом, врачом общей практики наряду с рекомендациями по изменению образа жизни). Другие сахароснижающие препараты назначаются врачом - эндокринологом индивидуально. Дозы сахароснижающих препаратов в динамике могут корректироваться как эндокринологом, так и терапевтом, врачом общей практики для достижения целевых уровней компенсации углеводного обмена. Целевые уровни

компенсации углеводного обмена определяются врачом-эндокринологом;

5) диспансерное наблюдение больных с предиабетом, сахарным диабетом без инсулинопотребности с обязательным занесением следующих данных в медицинскую карту пациента получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

6) направление пациентов для оказания первичной специализированной медицинской помощи к врачу-эндокринологу, в том числе на первичную консультацию при наличии показаний согласно таблице 6;

7) направление на консультацию врача-эндокринолога с оформлением выписки из медицинской карты больного, получающего помощь в амбулаторных условиях с указанием клинического диагноза и цели консультации, данных лабораторных и инструментальных исследований.

2. Первичная специализированная медицинская помощь больным сахарным диабетом оказывается в кабинетах врача-эндокринолога, осуществляющих свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности кабинета врача-эндокринолога, утвержденными Приказом Минздрава России № 104н, и включает:

1) консультативную помощь больным сахарным диабетом по направлению от врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врачей других специальностей, фельдшера медицинских организаций;

2) проведение специализированных Школ для больных сахарным диабетом с инсулинопотребностью в режиме группового обучения или индивидуальных занятий (в том числе обучение среднего медицинского персонала по проведению отдельных занятий);

3) направление пациентов на консультацию в РЭЦ для определения показаний к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Перечень медицинских показаний для маршрутизации пациентов с сахарным диабетом для направления на оказание первичной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медицинской помощи по профилю «эндокринология» в государственные учреждения здравоохранения Республики Карелия

Таблица 6

Группа заболеваний	Амбулаторный прием врача-эндокринолога в государственных учреждениях здравоохранения Республики Карелия по месту территориального	Амбулаторная помощь (консультативно-диагностический прием эндокринолога, хирурга кабинета диабетической стопы	Амбулаторная помощь (врач-эндокринолог РЭЦ)
--------------------	---	---	---

	прикрепления	РЭЦ)	
1. Сахарный диабет E10 - E14	<p>1) впервые выявленный сахарный диабет любого типа;</p> <p>2) диспансерное наблюдение больных с инсулинопотребностью;</p> <p>3) консультативные приемы пациентов с сахарным диабетом без инсулинопотребности не реже 1 р. в 12 месяцев;</p> <p>4) перед любым плановым оперативным вмешательством</p>	<p>1) лабильное или нетипичное течение и отсутствие достижения целевого уровня компенсации - для коррекции базовой терапии;</p> <p>2) согласование дорогостоящих видов базовой терапии;</p> <p>3) синдром диабетической стопы (специализированный прием - хирурга кабинета диабетической стопы)</p> <p>4) помповая инсулинотерапия - коррекция (специализированный прием);</p> <p>5) планирование беременности и беременность в сроке до 22 недель (специализированный прием);</p> <p>6) перед любым плановым оперативным вмешательством;</p> <p>7) после проведения бариатрической хирургии по поводу морбидного ожирения (после операции осмотр ежемесячно в течение полугода, далее не реже 1 раза в 3 месяца в течение 1 года)</p>	<p>1) согласование дорогостоящих видов базовой терапии;</p> <p>2) отсутствие эндокринолога в медицинской организации по месту территориального прикрепления;</p> <p>3) решение вопроса о госпитализации .</p>
2. Гестационный сахарный диабет O24.4	<p>1) для решения вопроса о начале инсулинотерапии;</p> <p>2) диспансерное наблюдение в случае перевода на инсулинотерапию;</p>	В режиме телемедицинских консультаций	При отсутствии эндокринолога в медицинской организации по месту территориального прикрепления

	3) при подозрении на манифестный сахарный диабет		
--	--	--	--

3. При наличии показаний, указанных в таблице 6, больные сахарным диабетом из государственных учреждений здравоохранения Республики Карелия направляются на консультацию врача-эндокринолога, в том числе с применением телемедицинских технологий в РЭЦ, по результатам консультации и наличии медицинских показаний осуществляется госпитализация в эндокринологическое отделение согласно маршрутизации

4. Оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется при условии наличия у пациента возможности самоконтроля гликемии и отсутствия выраженной декомпенсации (кетоза) с целью:

подбора сахароснижающей терапии;

планового обследования и проведения консервативного лечения осложнений сахарного диабета (в том числе перед направлением на медико-социальную экспертизу);

обследования перед планированием беременности.

**Порядок
диспансерного наблюдения, оказания плановой медицинской помощи и
маршрутизация взрослых пациентов с установленным диагнозом
сахарный диабет 1 типа без осложнений**

1. Диагностические и лабораторные исследования в рамках диспансерного наблюдения осуществляются в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

2. Ответственным за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации является руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации.

3. Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 1 типа осуществляется врачом-эндокринологом.

4. В районах Республики Карелия, где отсутствует должность врача-эндокринолога и/или фактическое лицо, занимающее должность врача-эндокринолога, диспансерное наблюдение может осуществляться врачом – терапевтом (врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики) в случае возложения на них руководителем медицинской организации функций лечащего врача, в том числе, по проведению диспансерного наблюдения.

5. У маломобильных и лежачих пациентов с сахарным диабетом 1 типа диспансерное наблюдение осуществляется на дому по месту прикрепления врачом-терапевтом (участковым или врачом общей практики) в случае возложения на них руководителем медицинской организации функций лечащего врача, в том числе, по проведению диспансерного наблюдения.

6. Пациенты, диспансерное наблюдение которых осуществляет врач-терапевт (врач-терапевт участковый или врач общей практики), должны быть осмотрены врачом-эндокринологом не реже 4 раз в год и всегда при ухудшении контроля гликемии.

7. В случае невозможности транспортировки пациента и/или осмотра его в месте пребывания допускается проведение ТМК врач – врач (терапевт – эндокринолог).

8. В рамках диспансерного наблюдения исследование уровня гликированного гемоглобина должно быть выполнено всем пациентам с сахарным диабетом 1 раз в 3 месяца для оценки степени достижения целевых показателей гликемии.

9. Контроль уровня гликированного гемоглобина осуществляется в медицинских учреждениях всех уровней.

10. Направление пациентов для контроля уровня гликированного гемоглобина осуществляется согласно схеме маршрутизации (таблица 3).

11. Контроль за соблюдением кратности исследования гликированного гемоглобина каждому пациенту с сахарным диабетом 1 типа осуществляет врач-эндокринолог или врач-терапевт (врач-терапевт участковый или общей практики), осуществляющий диспансерное наблюдение пациента.

12. Перечень диагностических и лабораторных исследований и частота их выполнения в рамках диспансерного наблюдения определены клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом 1 типа.

13. Всем пациентам с сахарным диабетом 1 типа в рамках диспансерного наблюдения рекомендуется проведение клинического анализа крови, биохимического общетерапевтического (креатинин, мочевины, мочевая кислота, калий, натрий, кальций общий, общий белок, общий холестерин, ХЛНП, ХЛВП, триглицериды, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, билирубин общий) анализа крови, оценка рСКФ, исследование общего (клинического) анализа мочи, биохимического анализа утренней порции мочи (альбумин, креатинин, соотношение альбумин/креатинин), регистрация ЭКГ не реже 1 раза в год.

14. Всем пациентам с сахарным диабетом 1 типа в рамках диспансерного наблюдения рекомендуются консультация врача-офтальмолога с биомикроскопией глазного дна с расширением зрачка, проведение комплексного обследования стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) не реже 1 раза в год.

15. При необходимости и наличии обоснований пациенту с сахарным диабетом 1 типа может быть сформирован индивидуальный план диспансерного наблюдения.

16. На основе результатов диспансеризации врач-эндокринолог разрабатывает индивидуальный план мероприятий по профилактике осложнений сахарного диабета.

17. Врач – эндокринолог или врач-терапевт (врач-терапевт участковый или врач общей практики) в случае возложения на него обязанностей лечащего врача, проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, осуществляет экспертизу нетрудоспособности.

18. При подозрении на развитие осложнений сахарного диабета или угрозе их развития на основании исследований в рамках диспансерного наблюдения пациенты, наблюдающиеся в медицинских организациях 1-го уровня, направляются в РЭЦ согласно маршрутизации.

19. При необходимости оказания специализированной, в том числе высокотехнологической помощи и мультидисциплинарного подхода пациенты, проживающие на территории Республики Карелия, направляются в РЭЦ.

20. Инициация инсулинотерапии у пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом осуществляется в эндокринологическом отделении или в терапевтическом отделении ЦРБ по месту жительства пациента с последующим переводом в эндокринологическое отделение.

21. Коррекция доз инсулина при неудовлетворительном контроле гликемии осуществляется врачами – эндокринологами.

22. При наличии показаний для госпитализации (согласно приложению 18 к настоящему приказу) пациенты с сахарным диабетом направляются в эндокринологическое отделение.

23. При необходимости для решения организационных вопросов может быть осуществлена ТМК врач-заведующий отделением.

24. Диспансерное наблюдение пациента с сахарным диабетом 1 типа включает обязательное обучение в кабинете «Школа терапевтического обучения для пациентов с сахарным диабетом» по структурированной программе для больных с сахарным диабетом 1 типа.

**Порядок
диспансерного наблюдения, оказания плановой медицинской помощи и
маршрутизация взрослых пациентов с установленным диагнозом
сахарный диабет 2 типа без осложнений**

1. Диагностические и лабораторные исследования в рамках диспансерного наблюдения осуществляется в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, Приказом Министерства России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»
2. Ответственным за организацию диспансерного наблюдения в медицинской организации является руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя медицинской организации.
3. Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 2 типа осуществляется врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики).
4. У маломобильных и лежачих пациентов с сахарным диабетом 2 типа диспансерное наблюдение осуществляется на дому по месту прикрепления врачом-терапевтом (участковым или врачом общей практики).
5. Диспансерное наблюдение осуществляет фельдшер ФАП, фельдшер здравпункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе и по проведению диспансерного наблюдения.
6. В рамках диспансерного наблюдения исследование уровня гликированного гемоглобина должно быть выполнено всем пациентам с сахарным диабетом 1 раз в 3 месяца для оценки степени достижения целевых показателей гликемии.
7. Контроль уровня гликированного гемоглобина осуществляется в медицинских учреждениях всех уровней.
8. Направление пациентов для контроля уровня гликированного гемоглобина осуществляется согласно схеме маршрутизации (таблица 3).
9. Контроль за соблюдением кратности исследования гликированного гемоглобина каждому пациенту с сахарным диабетом 2 типа осуществляет врач-терапевт (врач-терапевт участковый или врач общей практики), осуществляющий диспансерное наблюдение.
10. Перечень диагностических и лабораторных исследований и частота их выполнения в рамках диспансерного наблюдения определены

действующими клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом 2 типа.

11. Всем пациентам с сахарным диабетом 2 типа в рамках диспансерного наблюдения рекомендуется проведение клинического анализа крови, биохимического общетерапевтического (креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, калий, натрий, кальций общий, общий белок, общий холестерин, ХЛНП, ХЛВП, триглицериды, аспаратами́нотрансфера́за, аланина́ми́нотрансфера́за, билирубин общий) анализа крови, оценка рСКФ, исследование общего (клинического) анализа мочи, биохимического анализа утренней порции мочи (альбумин, креатинин, соотношение альбумин/креатинин), регистрация ЭКГ не реже 1 раза в год.

12. Всем пациентам сахарного диабета 2 типа в рамках диспансерного наблюдения рекомендуются осмотр врачом-офтальмологом, проведение комплексного обследования стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) не реже 1 раза в год.

13. При необходимости и наличии обоснований пациенту с сахарным диабетом 2 типа может быть сформирован индивидуальный план диспансерного наблюдения.

14. На основе результатов диспансеризации врач-терапевт (врач-терапевт участковый или врач общей практики) разрабатывает план мероприятий по профилактике осложнений сахарного диабета;

15. Врач терапевт (врач-терапевт участковый или врач общей практики) проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов, осуществляет экспертизу нетрудоспособности.

16. Консультация врача эндокринолога осуществляется 1 раз в год и/или по показаниям.

17. Осмотр врача – эндокринолога маломобильных и лежачих пациентов осуществляется на дому или в месте пребывания 1 раз в год или при наличии других показаний.

18. В случае невозможности очной консультации или предварительно при необходимости осуществляется ТМК врач-врач (терапевт-эндокринолог).

19. В случае невозможности транспортировки пациента и/или осмотра его в месте пребывания допускается проведение ТМК врач – врач (терапевт – эндокринолог).

20. При подозрении на развитие осложнений сахарного диабета или угрозе их развития на основании исследований в рамках диспансерного наблюдения пациенты, наблюдающиеся в медицинских организациях 1-го уровня, направляются в РЭЦ согласно маршрутизации.

21. При необходимости оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи и мультидисциплинарного

подхода пациенты, проживающие на территории Республики Карелия, направляются в РЭЦ.

22. Коррекция терапии при неудовлетворительном гликемическом контроле осуществляется врачами – терапевтами (участковыми врачами или врачами общей практики) при возможности четкого и полного соблюдения клинических рекомендации и возможности лекарственного обеспечения.

23. В сомнительных случаях, при наличии трудности коррекции лекарственной терапии, назначение и коррекция пероральной сахароснижающей терапии осуществляется врачом - эндокринологом РЭЦ.

24. В случае необходимости инициации инсулинотерапии пациентам с сахарным диабетом 2 типа (за исключением пациентов, находящихся в критическом состоянии и/или при декомпенсации коморбидной патологии), коррекция терапии осуществляется в эндокринологическом отделении или в РЭЦ.

25. При невозможности транспортировки пациента и/или отказа пациента от госпитализироваться, инициация инсулинотерапии возможна только после очной консультации врача –эндокринолога РЭЦ или на основании консультации врач-врач (эндокринолог МО 1 уровня – эндокринолог РЭЦ).

26. При наличии показаний для госпитализации (согласно приложению 18 к настоящему приказу) пациенты с сахарным диабетом направляются в эндокринологическое отделение.

27. При необходимости решения организационных вопросов может быть осуществлена ТМК врач-заведующий отделением.

28. Диспансерное наблюдение пациента с сахарным диабетом 2 типа включает обязательное обучение в кабинете «Школа терапевтического обучения для пациентов с сахарным диабетом» по структурированной программе для больных с сахарным диабетом 2 типа.

Порядок направления пациентов с сахарным диабетом для прохождения терапевтического обучения

1. Диспансерное наблюдение пациента с сахарным диабетом включает обязательное терапевтическое обучение в кабинете «Школа для пациентов с сахарным диабетом» (далее – Школа СД), созданных в составе государственных учреждений здравоохранения Республики Карелия.

2. Деятельность Школы СД осуществляется в соответствии с Методическим руководством «Организация работы кабинета «Школа для пациентов с сахарным диабетом», разработанным общественной организацией «Российская ассоциация эндокринологов» (2022 год) в целях оптимизации, совершенствования доступности и улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом (СД).

3. Школа СД является структурным подразделением медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь по профилю «эндокринология» в виде группового терапевтического обучения пациентов с СД по структурированным программам, разработанным Государственным научным центром Российской Федерации Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» (далее - ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии»), в зависимости от типа СД и метода лечения, с обязательной практической отработкой навыков, необходимых для самостоятельного управления заболеванием.

4. Маршрутизация пациентов в амбулаторные кабинеты ШСД для прохождения терапевтического обучения осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-эндокринологом согласно таблице № 8.

Таблица 8

Схема маршрутизации взрослого населения - пациентов с сахарным диабетом для терапевтического обучения в кабинете «Школа для пациентов с сахарным диабетом»

1. Стационарные: всего кабинетов «Школа для пациентов с сахарным диабетом» - 1.

	Медицинские организации (МО), на базе которых функционирует кабинет «Школа для пациентов с сахарным диабетом»
1	ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова», эндокринологическое отделение

2. Амбулаторные: всего кабинетов «Школа для пациентов с сахарным диабетом» - 14

	МО, на базе которого функционирует кабинет «Школа для пациентов с сахарным диабетом»	Населенные пункты (округа, районы), закрепленные за МО для направления пациентов в кабинет «Школа для пациентов с сахарным диабетом»
1	ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова», РЭЦ	Республика Карелия
2	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №1»	Для прикрепленных пациентов СД Петрозаводского городского округа и Прионежского района
3	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №2»	Для прикрепленных пациентов СД Петрозаводского городского округа и Прионежского района
4	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №3»	Для прикрепленных пациентов СД Петрозаводского городского округа и Прионежского района
5	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №4»	Для прикрепленных пациентов СД Петрозаводского городского округа и Прионежского района
6	ГБУЗ РК «Кондопожская центральная районная больница»	Для прикрепленных пациентов СД Кондопожского района
7	ГБУЗ РК «Медвежьегорская центральная районная больница»	Для прикрепленных пациентов СД Медвежьегорского района
8	ГБУЗ РК «Питкярантская центральная районная больница»	Для прикрепленных пациентов СД Питкярантского муниципального округа
9	ГБУЗ РК «Пудожская центральная районная больница»	Для прикрепленных пациентов СД Пудожского района
10	ГБУЗ РК «Сегежская центральная районная больница»	Для прикрепленных пациентов СД Сегежского муниципального округа
11	ГБУЗ РК «Сортавальская центральная	Для прикрепленных пациентов СД Сортавальского муниципального округа и

	районная больница»	Лахденпохского района
12	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»	Для прикрепленных пациентов СД Костомукшского городского округа и Муезерского района
13	ГБУЗ РК «Пряжинская центральная районная больница»	Для прикрепленных пациентов СД Пряжинского района
14	ГБУЗ РК «Суоярвская центральная районная больница»	Для прикрепленных пациентов СД Суоярвского муниципального округа

5. Основными функциями Школы СД являются:

- организация группового обучения различных категорий пациентов с СД по структурированным программам в зависимости от типа СД и метода лечения;
- проведение первичных и повторных циклов обучения;
- индивидуальная консультативная работа;
- обучение принципам правильного питания, подсчету углеводов;
- обучение правилам ухода за ногами;
- обучение технике инъекций инсулинов, в том числе с помощью инсулиновой помпы;
- обучение проведению самоконтроля гликемии, в том числе с применением средств непрерывного мониторингирования глюкозы;
- обучение принципам управления СД на основе оценки данных самоконтроля;
- обучение принципам самостоятельной коррекция доз инсулина;
- обучение правилам поведения при гипогликемических состояниях и навыкам самостоятельного купирования, предотвращения тяжелых гипогликемических состояний;
- обучение правилам управления СД при сопутствующих заболеваниях
- обучение правилам управления СД во время физических нагрузок разной интенсивности и продолжительности;
- представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным исполнительным органом в сфере охраны здоровья, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

6. Порядок направления пациентов в Школы СД:

6.1. Пациенты направляются на занятия в Школу СД лечащим врачом, врачом эндокринологом, врачом терапевтом, врачом общей практики

6.2. в Школы СД направляются пациенты, не проходившие обучения (первичный цикл), или пациенты, уже прошедшие обучение (повторные циклы), для повышения осведомленности пациентов и улучшения распознавания гипогликемии, снижения рисков развития тяжелой

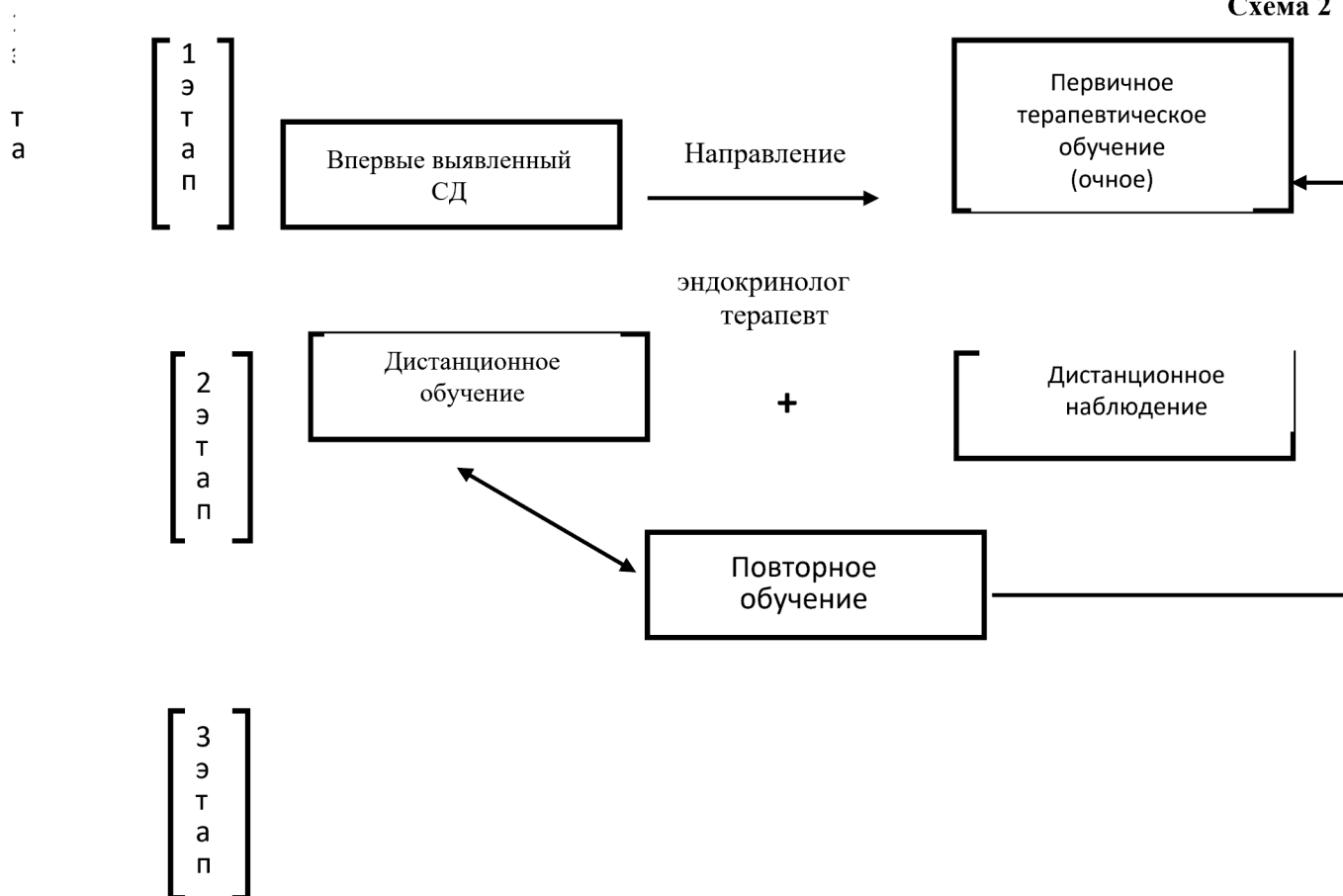
гипогликемии, достижения целевых показателей гликемического контроля и улучшения самостоятельного управления заболеванием.

6.3. Обучающие мероприятия проводятся со всеми пациентами с сахарным диабетом от момента выявления заболевания и на всем его протяжении. Цели и задачи обучения должны быть конкретизированы в соответствии с актуальным состоянием пациента.

6.4. Группы обучающихся формируются согласно заявкам на обучение, сформированным медицинской сестрой Школы СД с использованием возможностей региональной информационной системы здравоохранения Республики Карелия.

Схема направления пациента на терапевтическое обучение в ШСД

Схема 2



Каждые 3 года для взрослых

7. Структурированная программа терапевтического обучения подразумевает регламентацию объема и определенную последовательность изложения, адресованные конкретному контингенту пациентов: СД 1 типа, СД 2 типа, не получающих инсулина, СД 2 типа на инсулинотерапии, беременных женщин с СД, пациентов с СД на помповой инсулинотерапии.

8. Обучение должно быть центрировано на пациенте, но может проводиться как в индивидуальном порядке, так и в группах пациентов. Оптимальное количество пациентов в группе – 5–7. Групповое обучение требует отдельного помещения, в котором могут быть обеспечены тишина и достаточное освещение. Для каждого раздела формулируются учебные цели и оговаривается необходимый набор наглядных материалов, а также приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков контроля заболевания. Продолжительность программ составляет 15–25 часов в зависимости от типа СД и метода лечения.

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

10. На каждого пациента медицинской сестрой оформляется Форма учета выполнения медицинской услуги В04.012.001 «Школа для пациентов с сахарным диабетом» для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с последующим внесением информации журнал учета пациентов, прошедших обучение в «Школе для пациентов с сахарным диабетом» и Государственный Регистр сахарного диабета в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 14 апреля 2016 года № 732 «Об организации работы по совершенствованию ведения регионального сегмента Государственного регистра больных сахарным диабетом в Республике Карелия».

11. Медицинские организации, в структуре которых созданы Школы СД, предоставляют отчет о выполнении медицинской услуги В04.012.001 – «Школа для пациентов с сахарным диабетом» для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях главному внештатному специалисту-диабетологу Министерства здравоохранения Республики Карелия ежеквартально, до 5 числа месяца, следующего за отчетным на адрес электронной почты: ndiabet@medicine.karelia.ru и insulin@medicine.karelia.ru для ежеквартального анализа деятельности Школ СД на территории Республики Карелия.

Форма учета выполнения медицинской услуги В04.012.001 – «Школа для пациентов с сахарным диабетом» для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

Ф.И.О.: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Диагноз: код по МКБ 10: _____ Длительность СД: _____

Адрес регистрации: _____

Название структурированной программы: _____

Название занятия: _____

Время проведения и длительность занятия: _____ - _____

Наличие регулярного самоконтроля гликемии: да/нет

Анализ индивидуальных показателей гликемии: да/нет

Соответствие показателей гликемии индивидуальным целям лечения: да/нет

Сахароснижающее лечение в настоящее время: _____

Необходимость коррекции сахароснижающего лечения: да/нет

Изменения в сахароснижающем лечении: _____

Данные осмотра: Рост <*> (м) _____ Масса тела <*> (кг) _____ ИМТ <*> (кг/кв. м) _____ -
-----<*> - однократно.

Показатель гликемии при осмотре: _____ ммоль/л

Дальнейшие рекомендации (нужное подчеркнуть):

Продолжить обучение в рамках данной программы.

Следующее занятие (дата) _____

Пациент закончил обучение по данной программе. Рекомендовано повторное терапевтическое обучение не позднее, чем через 3 года _____

С рекомендациями согласен/согласна

Ф.И.О. и должность специалиста, проводившего занятие: _____

Ф.И.О. пациента(-ки): _____

Подпись: _____ Подпись: _____

Дата _____ Дата _____

Порядок оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в стационаре

1. Специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, больным с сахарным диабетом в условиях круглосуточного стационара осуществляется в эндокринологических отделениях государственных учреждений здравоохранения Республики Карелия, осуществляющих свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности отделения эндокринологии, утвержденными Приказом Минздрава России № 104.

2. Перечень медицинских показаний для маршрутизации пациентов с сахарным диабетом для специализированной медицинской помощи по профилю «эндокринология» в медицинских организациях Республики Карелия:

Таблица 9

Группа заболеваний	Специализированная стационарная помощь, в том числе неотложная, плановая (эндокринологическое отделение)	Специализированная стационарная плановая помощь (РЭЦ в условиях дневного стационара)
1. Сахарный диабет E10 - E14	1) тяжелая декомпенсация углеводного обмена (кетоацидоз, гипогликемическая кома и другое) - госпитализация в ПИТ/ОРИТ по месту жительства, далее - перевод в энд отд для подбора терапии после купирования неотложного состояния; 2) впервые выявленный сахарный диабет 1 типа; 3) декомпенсация по углеводному обмену - впервые перевод на инсулин или необходимость значительной	1) необходимость подбора сахароснижающей терапии в условиях стационара при лабильном или нетипичном течении заболевания, в том числе с применением суточного мониторингирования гликемии, подбор вида инсулина при индивидуальной непереносимости; 2) сахарный диабет с синдромом диабетической стопы; 6) для инициации и коррекции инсулинотерапии в случае отсутствия «Школы

	коррекции схемы сахароснижающей терапии с подбором в условиях стационара; 3) сахарный диабет 1 и 2 типа на фоне беременности до 22 недель (дважды: в сроке 8 - 10 недель и в сроке 19 - 20 недель); 4) декомпенсация диабета, требующая подготовки к оперативным вмешательствам; 5) сахарный диабет на фоне морбидного ожирения для обследования и определения показаний для бариатрической хирургии (консилиум врачей); 6) сахарный диабет 1 и 2 типа на фоне беременности до 22 недель (дважды: в сроке около 8 - 10 недель и в сроке около 19 - 20 недель)	самоконтроля»;
2. Гестационный сахарный диабет О24.4	Не требуется (только при выявлении манифестного сахарного диабета - ведение см. выше)	Не требуется

3. При наличии медицинских показаний для плановой госпитализации, указанных в таблице 9, больные сахарным диабетом из медицинских организаций после консультации врача-эндокринолога, в том числе с применением телемедицинских технологий, госпитализируются в эндокринологическое отделение.

4. При наличии показаний, требующих срочного медицинского вмешательства, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным сахарным диабетом оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи. Бригада скорой медицинской помощи или бригада Территориального центра медицины катастроф ГБУЗ «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи» доставляет больных в медицинские организации Республики Карелия по месту жительства, в структуре которых имеются отделения анестезиологии и реанимации.

Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи при гипергликемических состояниях в условиях приемных отделений государственных учреждений здравоохранения Республики Карелия

1. Врач приемного отделения: оценка состояния при поступлении: жажда, полиурия, запах ацетона, сахарный диабет в анамнезе, одышка, тошнота, рвота, тенденция к гипотонии, нарушение уровня сознания.
2. Определить уровень глюкозы при помощи госпитального глюкометра.

Оценка состояния по **Шкале qSOFA** (нормальные показатели – 0 баллов)

Таблица 10

Показатель	Баллы	Количество баллов 2 и более требует осмотра
Снижение АД (систолическое ≤ 100 мм рт.ст.)	0 / 1	РЕАНИМАТОЛОГА для решения вопроса о госпитализации в ОРИТ!
Увеличение частоты дыхания (≥ 22 в мин)	0 / 1	
Нарушение сознания (по шкале Глазго < 15)	0 / 1	

3. При гликемии выше 13 ммоль/л - определить уровень ОАК, ОАМ, мочевины, креатинина (при возможности КЩС, электролитов).
4. При гликемии выше 13,0 ммоль/л, при pH венозной крови менее 7,3 и/или наличии кетонов в моче ++ и выше или осмолярности плазмы > 295 мосмоль/л – ввести раствор 0,9% натрия хлорида внутривенно капельно 1 литр/час; вызвать реаниматолога для решения вопроса о госпитализации в ОРИТ.
5. В ходе оказания скорой медицинской помощи после устранения угрожающего жизни состояния и при наличии медицинских показаний больные переводятся в эндокринологическое отделение для оказания специализированной медицинской помощи согласно приложению 9 к настоящему приказу.

Маршрутизация пациентов с сахарным диабетом при оказании специализированной стационарной помощи, в том числе неотложной, плановой в эндокринологическое отделение или РЭЦ

1. При наличии медицинских показаний для оказания специализированной помощи перевод в эндокринологическое отделение осуществляется после очной, телефонной или телемедицинской консультации (в формате «врач-врач») пациента заведующим эндокринологическим отделением или врачом-эндокринологом ГБУЗ РБ «Республиканская больница им. В.А. Баранова».

Таблица 11

Район	Экстренная помощь	Неотложная помощь
г. Петрозаводск	ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» * ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи» **	ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» * ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи» **
Прионежский район	ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» * ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи» **	ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» * ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи» **
Лоухский район	ГБУЗ РК «Лоухская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Лоухская ЦРБ»
Калевальский район	ГБУЗ РК «Калевальская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Калевальская ЦРБ»
Сегежский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Сегежская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Сегежская ЦРБ»

Кемский район	ГБУЗ РК «Кемская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Кемская ЦРБ»
Беломорский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Беломорская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Беломорская ЦРБ»
Пудожский район	ГБУЗ РК «Пудожская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Пудожская ЦРБ»
Костомукшский городской округ	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»
Медвежьегорский район	ГБУЗ РК «Медвежьегорская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Медвежьегорская ЦРБ»
Кондопожский район	ГБУЗ РК «Кондопожская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Кондопожская ЦРБ»
Олонецкий район	ГБУЗ РК «Олонецкая ЦРБ»	ГБУЗ РК «Олонецкая ЦРБ»
Пряжинский район	ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ»
Суоярвский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Суоярвская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Суоярвская ЦРБ»
Питкяранский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Питкярантская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Питкярантская ЦРБ»
Сортавальский муниципальный округ	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»
Муезерский район	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»
Лахденпохский район	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»

* В случае, когда тяжесть состояния пациента обусловлена острыми осложнениями сахарного диабета и/или требуется специализированная помощь, оказываемая в ГБУЗ РК Республиканская больница

**В случае когда тяжесть состояния обусловлена интеркуррентной патологией

2. При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) по профилю «эндокринология» пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с приказом 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»,

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

3. Госпитализация для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «эндокринология» за пределы Республики Карелия с момента направления документов до даты госпитализации пациента составляет не более 2–3 недель, при необходимости пациент может быть госпитализирован в день обращения за оказанием высокотехнологичной медицинской помощи согласно протоколу заседания врачебной комиссии о наличии медицинских показаний для госпитализации согласно маршрутизации.

**Порядок
оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом,
осложненным синдромом диабетической стопы**

1. Диагностические и лабораторные исследования в рамках диспансерного наблюдения осуществляется в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом и/или синдромом диабетической стопы (далее – СДС), порядком оказания хирургической помощи.

Скрининг, профилактика и раннее выявление

Формированием групп риска и организацией динамического наблюдения за пациентами сахарным диабетом, осложненным синдромом диабетической стопы, занимается эндокринолог и/или специалист кабинета «Диабетическая стопа» согласно территориальному прикреплению (таблица 12).

Таблица 12

Муниципальные районы, муниципальные и городские округа Республики Карелия	Медицинские организации 1 уровня, имеющее прикрепленное население (направляют пациентов)	Кабинет «Диабетическая стопа»
Лоухский	ГБУЗ РК «Лоухская ЦРБ»	РЭЦ
Калевальский	ГБУЗ РК «Калевальская ЦРБ»	РЭЦ
Сегежский	ГБУЗ РК «Сегежская ЦРБ»	РЭЦ
Кемский	ГБУЗ РК «Кемская ЦРБ»	РЭЦ

Беломорский	ГБУЗ РК «Беломорская ЦРБ»	РЭЦ
Пудожский	ГБУЗ РК «Пудожская ЦРБ»	РЭЦ
г. Костомукша	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»	РЭЦ
Медвежьегорский	ГБУЗ РК «Медвежьегорская ЦРБ»	РЭЦ
Кондопожский	ГБУЗ РК «Кондопожская ЦРБ»	РЭЦ
Олонецкий	ГБУЗ РК «Олонецкая ЦРБ»	РЭЦ
Пряжинский	ГБУЗ РК «Пряжинская ЦРБ»	РЭЦ
Суоярвский	ГБУЗ РК «Суоярвская ЦРБ»	РЭЦ
Питкярантский	ГБУЗ РК «Питкярантская ЦРБ»	РЭЦ
Сортавальский	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»	РЭЦ
Муезерский	ГБУЗ РК «Межрайонная больница №1»	РЭЦ
Лахденпохский	ГБУЗ РК «Сортавальская ЦРБ»	РЭЦ
Прионежский	Прионежский филиал ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова»	РЭЦ
г. Петрозаводск	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №1»	РЭЦ

	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №2»	РЭЦ
	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №3»	РЭЦ
	ГБУЗ РК «Городская поликлиника №4»	РЭЦ
	ГБУЗ РК «Госпиталь для ветеранов войн»	РЭЦ
	ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г.Петрозаводск»	РЭЦ
	ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова»	РЭЦ

2. Врач – терапевт или врач -эндокринолог медицинской организации 1 уровня, осуществляющие диспансерное наблюдение пациента с сахарным диабетом, обязаны проводить:

- оценку риска развития СДС, включающее – сбор жалоб и анамнеза, осмотр нижних конечностей, оценку периферической чувствительности, оценку состояния периферического кровотока при каждом визите диспансерного наблюдения;

- обучение пациентов, членов их семей правилам ухода за ногами индивидуально и в Школе СД, целью обучения является формирование правильного поведения пациента по ежедневному уходу за ногами и повышение приверженности назначаемой врачом терапии; особое внимание должно уделяться лицам старшей возрастной группы, особенно с нарушением зрения, пациентам с ХПН;

- лечение сопутствующей патологии, не являющейся непосредственной причиной образования язвенных дефектов, но способствующей прогрессированию СДС (контроль артериальной гипертензии, дислипидемии, урикемии).

3. Пациент с сахарным диабетом 1 типа через 5 лет после диагностики заболевания, пациенты сахарного диабета 2 типа, а также пациенты с высоким риском развития заболеваний артерий нижних конечностей (старше 50 лет, курение, дислипидемия, сердечно-сосудистые заболевания, ЦВБ, АГ, неудовлетворительный контроль гликемии, повышенный уровень гомоцистеина повышенная концентрация высокочувствительного СРБ, аполипопротеина В, повышенная вязкость крови и гиперкоагуляция, ХБП (рСКФ<60мл/мин/1,73м2); семейный анамнез ССЗ, хронические воспалительные заболевания), при постановке диагноза, а далее не реже, чем

1 раз в год должны быть направлены на проведение ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

* Пациенты, входящие в группу риска, должны проходить указанные выше обследования не реже одного раза в шесть месяцев. Обследование должно проводиться специально обученным эндокринологом или группой специалистов (эндокринолог, хирург, рентгенолог, специалист функциональной диагностики) в МРЭЦ согласно маршрутизации.

4. В группу риска развития СДС могут быть включены следующие лица:

- пациенты с нарушением периферической чувствительности любого генеза;
- пациенты с окклюзирующими заболеваниями периферических артерий;
- пациенты с деформациями стоп любого генеза;
- слепые и слабовидящие;
- одинокие пациенты и лица старческого возраста;
- злоупотребляющие алкоголем и курением.

5. Согласно той или иной категории (степени) риска развития синдрома диабетической стопы, определяется кратность (частота/периодичность) необходимых осмотров пациента.

Категории риска СДС представлены в таблице 13.

Таблица 13

Категории риска СДС	Характеристика	Объем исследований
Низкий	Нет нейропатии, нет заболеваний артерий нижних конечностей (далее – ЗАНК)	Осмотр нижних конечностей Осмотр пульсации на артериях нижних конечностей/расчет ЛПИ Оценка периферической чувствительности
Кабинет диабетической стопы		
Умеренный	Есть нарушения чувствительности или ЗАНК, умеренно выраженные ключовидные и молоткообразные пальцы, плоскостопие	Осмотр нижних конечностей Оценка неврологического статуса Оценка состояния артериального кровотока нижних конечностей Рентгенография стоп и голеностопных суставов в прямой и боковой проекциях

Высокий	Есть нарушения чувствительности в сочетании с признаками нарушения магистрального кровотока и/или деформацией стоп	Осмотр нижних конечностей Оценка неврологического статуса Оценка состояния артериального кровотока нижних конечностей Рентгенография стоп и голеностопных суставов в прямой и боковой проекциях
Очень высокий	Язвы и ампутации в анамнезе	Осмотр нижних конечностей Оценка неврологического статуса Оценка состояния артериального кровотока нижних конечностей Рентгенография стоп и голеностопных суставов в прямой и боковой проекциях Бактериологическое исследование тканей раны

6. Кратность визитов в кабинет «Диабетическая стопа» в зависимости от категории риска развития СДС:

Таблица 14

Категория риска	Характеристика	Частота визитов
Низкий	нет нейропатии, нет заболеваний артерий нижних конечностей	1 раз в год
Умеренный	есть нарушения чувствительности или ЗАНК	1 раз в 6 месяцев

Высокий	есть нарушения чувствительности в сочетании с признаками нарушения магистрального кровотока и/или деформацией стоп	1 раз в 3 месяца
Очень высокий	язвы и ампутации в анамнезе	1 раз в 1-3 месяца

* Так как, специализированный кабинет «Диабетическая стопа» является единственным в РК и находится на удаленном расстоянии от многих районов Карелии, то наблюдение за пациентами категории низкого и умеренного риска, целесообразно осуществлять на уровне медицинской организации 1-го уровня.

7. Пациенты с умеренным риском (есть нарушения чувствительности или ЗАНК, умеренно выраженные деформации в виде клювовидных молоткообразных пальцев, плоскостопие) направляются на регулярные осмотры в кабинет «Диабетическая стопа» (РЭЦ) не реже, чем 1 раз в год.

Пациенты с высоким риском (есть нарушения чувствительности в сочетании с признаками нарушения магистрального кровотока и/или деформацией стоп) направляются на регулярные осмотры в кабинет «Диабетическая стопа» (РЭЦ) не реже, чем 1 раз в 6 мес.

Пациенты с очень высоким риском (язвы и ампутации в анамнезе) направляются на регулярные осмотры в кабинет «Диабетическая стопа (РЭЦ) не реже, чем 1 раз в 1-3 месяца (и по показаниям), при необходимости с использованием медицинского транспорта).

При наличии деформаций (в т.ч. плоскостопие) стопы пациент должен быть направлен к ортопеду для подбора стелек и консультации по ношению и приобретению ортопедической обуви.

Тактика лечения и сроки направления каждого конкретного больного определяется в зависимости от формы и тяжести СДС, наличия других осложнений СД и сопутствующих заболеваний.

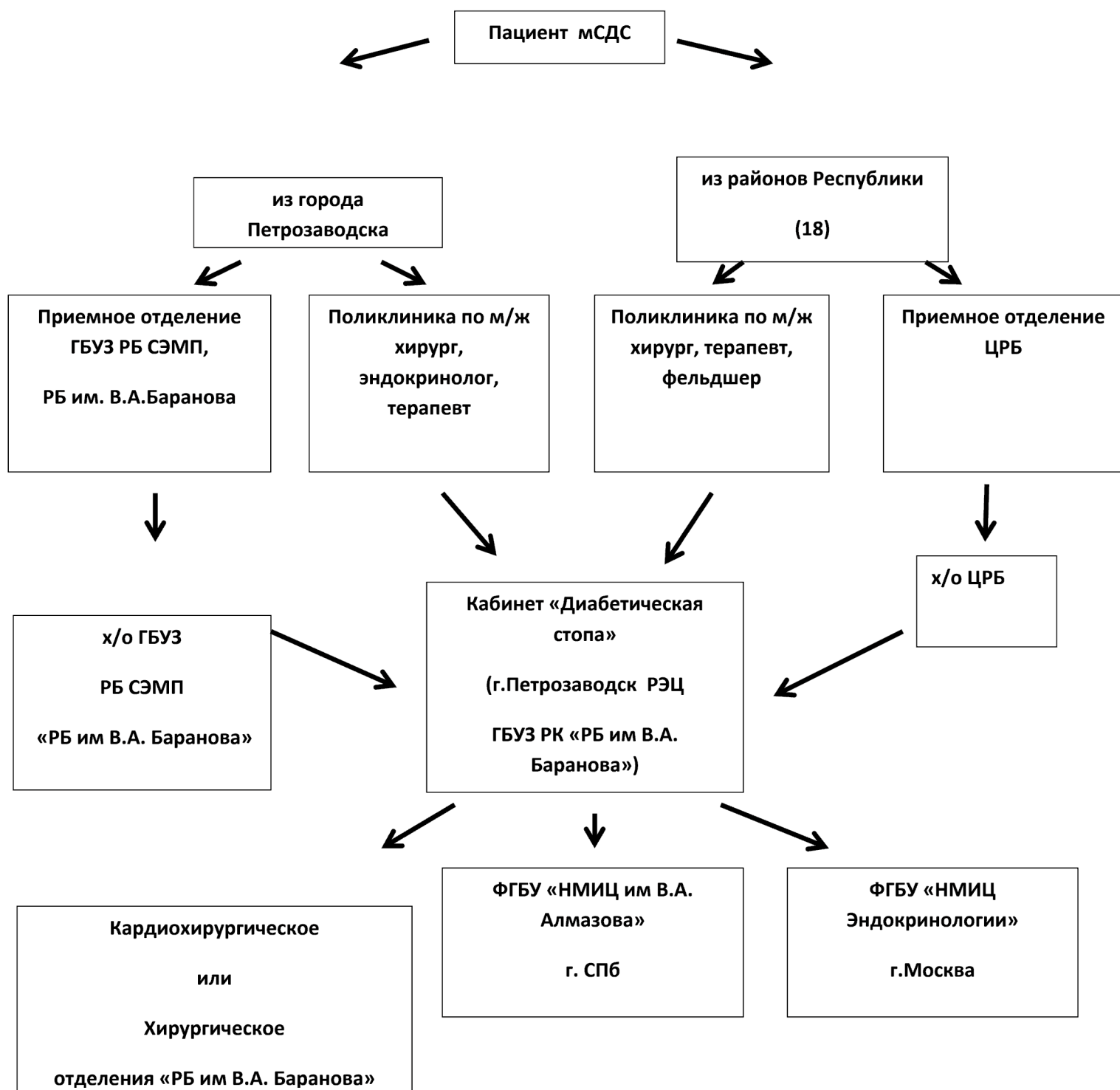
При процессах, требующих экстренного вмешательства (флегмона, влажная гангрена, абсцесс, гнойный артрит при отсутствии оттока гноя), консультация в кабинете «Диабетическая стопа» проводится в плановом порядке только после хирургической санации в стационаре по месту прикрепления пациента.

8. Основными задачами кабинетов «Диабетическая стопа» являются:
- скрининг больных СД на предмет выявления СДС;
 - организация длительного наблюдения за больными группы высокого риска ампутации конечности;
 - осуществление подиатрической помощи и специальных мер профилактики;
 - амбулаторное лечение больных с поверхностными нейропатическими язвенными дефектами стоп (I – II степени по Вагнеру), остеоартропатией Шарко.
 - организация взаимодействия в рамках междисциплинарного подхода ведения больных с СДС (специализированные отделения диабетической стопы, сосудистой хирургии, ортопедической помощи т.д.);
 - обучение больных группы высокого риска правилам ухода за ногами.

Алгоритм обследования пациента в кабинете диабетической стопы



Схема маршрутизации пациентов с синдромом диабетической стопы в Республике Карелия



9. При выявлении СДС клинически: трофическая язва 1 и 2 степени по Вагнеру и 3 степени, без системной воспалительной реакции и выраженной ишемии нижних конечностей, или остеоартропатия Шарко.

Пациенты из муниципальных образований Республики Карелия обращаются в ФАП, Врачебную амбулаторию (прикрепленное население), далее направляются к хирургу ЦРБ (прикрепленное население). Если не требуется госпитализация, то пациент направляется в срок от 1 до 7 дней в

РЭЦ кабинет «Диабетическая стопа» (г.Петрозаводск, Лесной пр.40, тел: 89004576892)*

Пациенты на территории Петрозаводского городского округа (далее – ПГО) обращаются к врачу-эндокринологу или врачу-хирургу поликлиники по месту прикрепления. Если не требуется госпитализация, то пациент направляется в срок от 1 до 7 дней в РЭЦ кабинет «Диабетическая стопа» (г.Петрозаводск, Лесной пр.40, тел: 89004576892).*

После консультации в кабинете «Диабетическая стопа»: проведения осмотра, назначения лечения и рекомендациями, пациент направляется по месту территориального прикрепления (ФАП, ВА, ЦРБ) для продолжения лечения.

10. При выявлении СДС клинически: трофическая язва 3 степени по Вагнеру, осложненная гнойно-некротическим поражением, выраженной системной воспалительной реакцией, а также угрозой потери конечности или развитием сепсиса.

Пациенты из муниципальных образований Республики Карелия: обращаются в ФАП, Врачебную амбулаторию (прикрепленное население), далее (или сразу, минуя ФАП) направляются в приемное отделение ЦРБ для решения вопроса о срочной госпитализации в отделение общей хирургии ЦРБ.

Пациенты на территории ПГО обращаются к врачу-эндокринологу или врачу-хирургу поликлиники по месту прикрепления, далее направляются в приемное отделение ГБУЗ «РБ СЭМП» (г.Петрозаводск, ул Кирова, д. 40), для решения вопроса о срочной госпитализации в отделение гнойной хирургии.

Примечание:

- если пациенту не требуется мультидисциплинарный подход к лечению, а в ЦРБ достаточно ресурсов для купирования гнойного процесса и системной воспалительной реакции и стабилизации состояния пациента, то госпитализация возможна в отделение общей хирургии ЦРБ;

- если для лечения пациента требуется применить мультидисциплинарный подход (прогрессирование ХПН, необходимость гемодиализа, при подозрении на критическую ишемию миокарда: необходимости КАГ и реваскуляризации миокарда, наличии тяжелой ХСН и другие причины), то госпитализация показана в отделение гнойной хирургии ГБУЗ «РБ СЭМП» или в ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова»;

- после купирования гнойного воспаления и системной воспалительной реакции, а также стабилизации состояния, пациент направляется в срок от 1 до 7 дней в РЭЦ кабинет «Диабетическая стопа» для определения дальнейшей тактики лечения и наблюдения.

11. При выявлении СДС и критической ишемии нижних конечностей:

- а) при сочетании критической ишемии нижних конечностей и гнойного процесса («влажная гангрена»):

Пациенты из муниципальных образований Республики Карелия обращаются на ФАП, Врачебную амбулаторию (прикрепленное население) и

направляются в приемное отделение ЦРБ , или минуя ФАП обращаются сразу в приемное отделение ЦРБ (прикрепленное население), для решения вопроса о срочной госпитализации в отделение гнойной хирургии ГБУЗ «РБ СЭМП» или ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова» для вскрытия и дренирования гнойного очага с последующим выполнением ангиографии сосудов нижних конечностей.

Пациенты на территории ПГО обращаются к врачу-хирургу поликлиники по месту прикрепления, далее (или сразу, минуя поликлинику) направляются в приемное отделение ГБУЗ «РБ СЭМП» для решения вопроса о срочной госпитализации в отделение гнойной хирургии для вскрытия и дренирования гнойного очага с последующим выполнением ангиографии сосудов нижних конечностей.

Примечание:

- при выявлении окклюзии сосудов нижних конечностей показана консультация (возможен формат ТМК или по телефону) рентгенэндоваскулярного хирурга и сосудистого хирурга РСЦ ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова» в срок от 1 до 2 дней для решения вопроса о возможности реваскуляризации конечности:

- если санация гнойного очага полная и реваскуляризация возможна, то госпитализация в кардиохирургическое отделение: срок госпитализации определяет заведующий кардиохирургическим отделением ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова»;

- если санация очага неполная и реваскуляризация возможна, то госпитализация в хирургическое отделение: срок госпитализации определяет заведующий хирургическим отделением ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова».

- б) при критической ишемии нижних конечностей без явного гнойного процесса («сухая гангрена»)

Пациенты из муниципальных образований Республики Карелия обращаются в ФАП, Врачебную амбулаторию (прикрепленное население) и направляются в приемное отделение ЦРБ, или, минуя ФАП, в приемное отделение ЦРБ (прикрепленное население) для решения вопроса о госпитализации (возможен формат ТМК или по телефону) в кардиохирургическое отделение ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова» для выполнения ангиографии сосудов нижних конечностей и решения вопроса о реваскуляризации. Дату и срок госпитализации определяет заведующий кардиохирургическим отделением ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова».

Пациенты на территории ПГО обращаются к врачу-хирургу поликлиники по месту прикрепления для решения вопроса о госпитализации в хирургическое отделение ГБУЗ «РБ СЭМП» в срок от 1 до 7 дней (при наличии болевого синдрома в конечности) и от 7 до 14 дней (при отсутствии болевого синдрома в конечности) для выполнения ангиографии сосудов нижних конечностей. При выявлении окклюзии показана консультация (возможен формат ТМК или по телефону) рентгенэндоваскулярного хирурга и сосудистого хирурга РСЦ ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова» в срок от 1 до 2

дней для решения вопроса о возможности реваскуляризации сосудов конечности.

Примечание:

- если реваскуляризация возможна в условиях РСЦ, то выполняется операция, если требуется 2 этап (некрэктомия), то пациент из района госпитализируется в отделение общей хирургии ЦРБ; из г.Петрозаводска - в хирургическое отделение ГБУЗ «РБ СЭМП»;

- если реваскуляризация невозможна, то оформляется ТМК в ФГБУ Минздрава России, ожидание вызова и обследование возможно амбулаторно под наблюдением врача-участкового терапевта ЦРБ или поликлиники по месту прикрепления;

- если реваскуляризация успешна, то пациент после выписки из кардиохирургического отделения ГБУЗ «РБ им В.А. Баранова» направляется в РЭЦ кабинет «Диабетическая стопа» (г.Петрозаводск, Лесной пр.40, тел: 89004576892) для включения в регистр и определения дальнейшей тактики наблюдения и лечения;

- если реваскуляризация невозможна, а ишемия нижних конечностей прогрессирует (нарастает и не купируется болевой синдром в течение 10-14 дней и/или развивается гангрена), то показана ампутация нижней конечности, для чего пациенты из районов РК поступают в отделение общей хирургии ЦРБ (прикрепленное население); пациенты на территории ПГО направляются в отделение гнойной хирургии ГБУЗ «РБ СЭМП»;

- после выписки из стационара пациент направляется в РЭЦ кабинет «Диабетическая стопа» (г.Петрозаводск, Лесной пр.40, тел: 89004576892) для включения в регистр и определения дальнейшей тактики наблюдения и лечения.

12. Пациенты, нуждающиеся в ортопедической коррекции наблюдаются в кабинете «Диабетическая стопа» РЭЦ (г.Петрозаводск, Лесной пр., д. 40, тел. 89004576892).

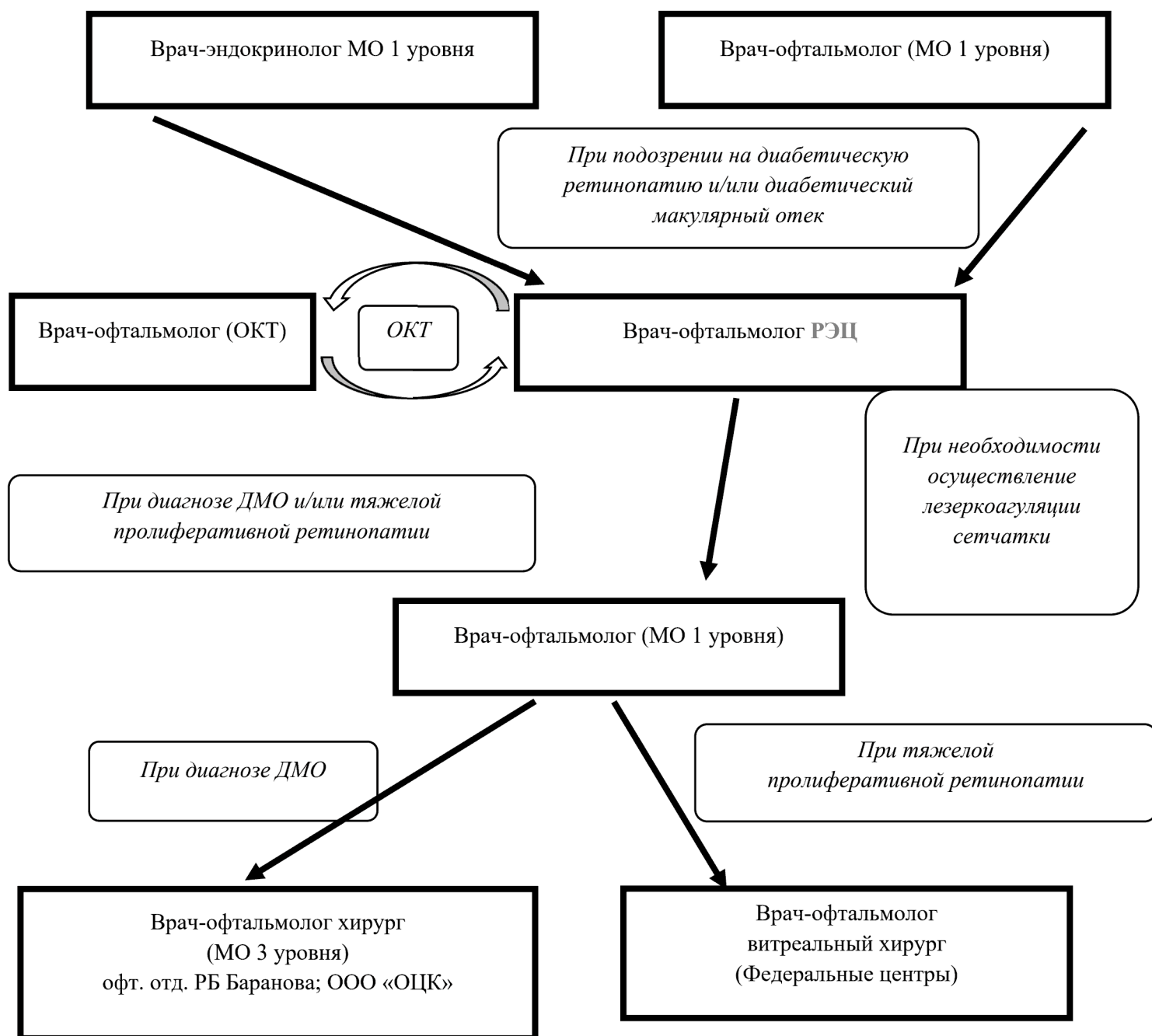
Документы на проведение ортопедической коррекции в федеральных государственных бюджетных учреждениях Минздрава России оформляются в плановом порядке и направляются после согласования в формате ТМК.

**Порядок
маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи при
сахарном диабете с поздними осложнениями
(диабетическая ретинопатия) в Республике Карелия**

1. Маршрутизация пациентов с диабетической ретинопатией (ДР) в Республике Карелия осуществляется в соответствии с утверждёнными клиническими рекомендациями «Сахарный диабет: ретинопатия диабетическая, макулярный отек диабетический».
2. Пациенты с сахарным диабетом 1 типа направляются к врачу-офтальмологу в поликлинику по месту жительства для выполнения офтальмоскопии с широким зрачком не позднее чем через 5 лет от дебюта сахарного диабета, далее не реже 1 раза в год, по показаниям чаще.
3. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа направляются к врачу-офтальмологу в поликлинику по месту жительства (офтальмоскопия с широким зрачком) при постановке диагноза, далее не реже 1 раз в год, по показаниям чаще.
4. При отсутствии возможности осмотра врача-офтальмолога по месту жительства (прикрепления) пациент направляется в кабинет «Диабетическая ретинопатия» РЭЦ.
5. При диагностике диабетической ретинопатии и диабетического макулярного отека пациент направляется в кабинет «Диабетическая ретинопатия» РЭЦ для проведения оптической когерентной томографии (ОКТ), для лечения и определения дальнейшей тактики ведения пациента.
6. Показания и сроки дальнейшего полного офтальмологического обследования определяются врачом – офтальмологом РЭЦ согласно утвержденным клиническим рекомендациям.
7. При наличии показаний проводится лазерная коагуляция сетчатки, сроки и вид которой определяется врачом-офтальмологом РЭЦ согласно утвержденным клиническим рекомендациям.
8. При наличии у пациента диабетического макулярного отека при необходимости пациент госпитализируется в офтальмологическое отделение ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий (ООО «Офтальмологический центр Карелии») для интравитреальных инъекций ингибиторов ангиогенеза и пролонгированных глюкокортикостероидов. Частота инъекций, а также периодичность осмотров и контроль за течением диабетической ретинопатии осуществляется лечащим врачом, осуществляющим интравитреальные инъекции согласно утвержденным клиническим рекомендациям и протоколу выполнения

интравитреального введения лекарственных препаратов.

9. При наличии тяжелой пролиферативной ретинопатии, осложнённой витреоретинальной тракцией, отслойкой сетчатки или гемофтальмом (кровоизлиянием в стекловидное тело), при наличии показаний по решению врачебной комиссии, пациенты, согласно утвержденным клиническим рекомендациям, направляются в Федеральные офтальмологические клиники для проведения витрэктомии.



При отсутствии диабетических изменений первичные и последующие осмотры офтальмологом осуществляются в сроки согласно таблице 17.

Скрининг диабетической ретинопатии

Таблица 17

Тип СД	Осмотр офтальмологом
СД 1 типа, взрослые	Не позднее, чем через 5 лет от дебюта СД, далее не реже 1 раза в год
СД 2 типа	При постановке диагноза СД, далее не реже 1 раза в год
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

10. Частота офтальмологических осмотров пациентов с сахарным диабетом проводится в сроки согласно таблице 18. При неожиданном снижении остроты зрения или появлении каких-либо жалоб со стороны органа зрения, обследование у врача-офтальмолога проводится по возможности скорее, вне зависимости от сроков очередного визита к врачу.

Показания и сроки офтальмологических осмотров пациентов с сахарным диабетом с диабетической ретинопатией и диабетическим макулярным отеком

Таблица 18

Стадия (тяжесть) диабетической ретинопатии (далее – ДР)	Наличие и вариант диабетического макулярного отека	Следующий осмотр
Отсутствие или минимальная непролиферативная ДР	нет	через 12 месяцев
Легкая непролиферативная ДР	нет	через 12 месяцев
	без вовлечения центра	через 3-6 месяцев
	с вовлечением центра	через 1 месяц
Умеренная непролиферативная ДР	нет	через 6-12 месяцев
	без вовлечения центра	через 3-6 месяцев
	с вовлечением центра	через 3-6 месяцев
Препролиферативная ДР (тяжелая непролиферативная ДР)	нет	через 1 месяц
	без вовлечения центра	через 3-6 месяцев
	с вовлечением центра	через 1 месяц
Препролиферативная ДР невысокого риска потери зрения	нет	через 3-4 месяца
	без вовлечения центра	через 2-4 месяца
	с вовлечением центра	через 1 месяц
Пролиферативная ДР	нет	через 2-4 месяца

высокого риска потери зрения	без вовлечения центра	через 2-4 месяца
	с вовлечением центра	через 1 месяц
Терминальная ДР		по показаниям

*При планировании периодичности осмотра врачом-офтальмологом следует учитывать, что риск развития и прогрессирования ДР и ДМО возрастает при определенных состояниях пациента, сопряженных с нарушениями гормонального статуса (беременность, состояние после искусственного прерывания беременности и другие).

Офтальмологическое обследование пациентов с диабетической ретинопатией и диабетическим макулярным отеком

Таблица 19

Обязательные методы (всегда при скрининге)	Дополнительные методы (проводятся по показаниям специалистом офтальмологом)
1. Определение остроты зрения (визометрия). 2. Измерение внутриглазного давления (тонометрия). 3. Биомикроскопия переднегоотрезка глаза при расширенном зрачке. 4. Офтальмоскопия при расширенном зрачке.	1. УЗИ при помутнении стекловидного тела и хрусталика. 2. Осмотр угла передней камеры глаза (гониоскопия) при неоваскуляризации радужной оболочки. 3. Исследование полей зрения (периметрия). 4. Оптическая когерентная томография сетчатки.

11. В случае выявления признаков ДР обследование следует проводить чаще, а при наличии препролиферативной и пролиферативной ДР и любой стадии ДМО необходимо срочно направить пациента в РЭЦ для оказания медицинской помощи пациентам с диабетической ретинопатией и ДМО, согласно маршрутизации.

**Порядок
оказания медицинской помощи беременным с нарушениями
углеводного обмена**

1. Всем беременным женщинам необходимо при первой явке в женскую консультацию/кабинет акушера-гинеколога/кабинет акушерки определять уровень глюкозы венозной плазмы строго натощак.

В 24-28 недель всем беременным (при отсутствии противопоказаний) акушер-гинеколог/акушерка назначает пероральный глюкозо-толерантный тест.

При отсутствии достижения целевых значений гликемии при соблюдении в течение двух недель диетотерапии, эндокринологом по месту жительства назначается инсулинотерапия.

При отсутствии компенсации сахарного диабета у беременной (любого типа, включая гестационный) на инсулинотерапии пациентка направляется в эндокринологическое отделение.

2. В случае планирования беременности или наступившей беременности пациентки с сахарным диабетом 1 или 2 типа в сроке до 22 недель направляются врачом-терапевтом к врачу-эндокринологу в медицинскую организацию Республики Карелия по месту прикрепления (при наличии) или на специализированный консультативный прием врача-эндокринолога, в том числе по показаниям в соответствии с приложением 4 к настоящему приказу.

3. Дальнейшее диспансерное наблюдение беременных с сахарным диабетом 1 и 2 типа проводится врачами-эндокринологами медицинских организаций Республики Карелия по месту прикрепления. Приемы беременной с сахарным диабетом осуществляются не позднее 3 рабочих дней после обращения.

4. Пациентки с сахарным диабетом 1 или 2 типа на фоне беременности в сроке более 22 недель подлежат амбулаторному консультированию врачом-эндокринологом. Запись беременной на консультативный прием к врачу-эндокринологу осуществляет врач женской консультации или врач-терапевт медицинской организации Республики Карелия по месту прикрепления.

5. Плановая госпитализация в эндокринологическое отделение показана всем беременным с сахарным диабетом 1 типа и сахарным диабетом 2 типа на инсулине - дважды за период беременности до 22 недель: в сроке 8 - 10 недель и в сроке 19 - 20 недель. Плановая госпитализация в эндокринологическое отделение производится при отсутствии акушерских противопоказаний.

6. При наличии акушерских противопоказаний пациентки госпитализируются в отделения патологии беременности согласно маршрутизации, где консультируются врачом-эндокринологом.

7. В сроке беременности более 22 недель в случае выраженной декомпенсации углеводного обмена с угрозой развития неотложного состояния, в неотложном порядке с привлечением специалистов Территориального центра медицины катастроф ГБУЗ «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи» госпитализируются в эндокринологическое отделение ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова».

8. В случае инициации инсулинотерапии, в том числе случае при изменении диагноза «гестационный сахарный диабет» на «манифестный сахарный диабет» (по лабораторным данным в соответствии с критериями диагностики) врач-эндокринолог осуществляет амбулаторное диспансерное наблюдение и обучение пациентки в течение всей беременности с передачей данных ответственному лицу медицинской организации для введения в Регистр сахарного диабета, а после завершения беременности - с обязательной повторной диагностикой степени нарушения углеводного обмена через 6 - 12 недель и коррекцией данных Регистра.

Порядок
оказания медицинской помощи пациентам Республики Карелия с
сахарным диабетом с применением телемедицинских технологий

1. Оказание медицинской помощи пациентам Республики Карелия с сахарным диабетом с применением телемедицинских технологий населению Республики Карелия осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 09.04.2020 № 469 «Об организации медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в государственных учреждениях здравоохранения Республики Карелия».

2. Проведение консультаций с федеральными медицинскими организациями с применением телемедицинских технологий осуществляется медицинскими организациями 3 уровня, посредством Федеральной телемедицинской системы Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФТМС) или ЕГИСЗ (далее - Система)

3. Медицинская организация Республики Карелия (1 и 2 уровня) оформляет запрос на консультацию через Систему на основании заключения специалиста медицинской организации 3 уровня или специалиста федеральной медицинской организации. Специалист медицинской организации 3 уровня направляет протокол телемедицинской консультации и консультативное заключение в направившую медицинскую организацию. Результаты телемедицинской консультации (консультативные заключения), сведения о выполнении рекомендаций вносятся в первичную медицинскую документацию пациента.

4. Проведение телемедицинских консультаций (ТМК) в режиме видеоконференцсвязи в медицинских организациях Республики Карелия осуществляются через телемедицинские пункты медицинской организации-заказчика и консультирующей медицинской организации.

5. Консультирующая медицинская организация обеспечивает проведение ТМК в течение двух рабочих дней с момента поступления заявки на ее проведение. После проведенной ТМК врач-консультант/участники консилиума консультирующей медицинской организации оформляет и подписывает протокол ТМК в РИАМС и вносит в Журнал учета ТМК результаты проведенной ТМК. Скан Протокола ТМК направляется в адрес медицинской организации-заказчика по защищенному Каналу связи VipNET.

6. Телемедицинские технологии применяются при организации медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских

работников между собой с целью получения:

заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее – консультант, врач- участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза. Определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода специализированное отделение государственного учреждения здравоохранения Республики Карелия либо медицинской эвакуации;

протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение государственного учреждения здравоохранения Республики Карелия либо медицинской эвакуации.

7. Консультирование в регионе по ТМК «врач-врач» проводится через отдельный защищенный канал связи. По результатам проведения телемедицинской консультации (консилиума врачей) консультант оформляет заключение и рекомендации в ЕЦП ГИСЗ МИС. Протокол телемедицинской консультации подписывается представителями взаимодействующих медицинских организаций Республики Карелия в ЕЦП ГИСЗ МИС.

8. В сложных клинических случаях врачи-специалисты принимают решение о необходимости проведения консилиума с федеральными клиниками. Специалисты ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» передают в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» пакет документов, необходимых для осуществления телемедицинской консультации. По результатам анализа документации ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» выдает заочное заключение с планом дальнейшего лечения пациента.

Особенности оказания медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентам Республики Карелия с сахарным диабетом

1. Специфической медицинской реабилитации пациентам с СД не требуется. В круг реабилитационных мероприятий пациентам с сахарным диабетом могут быть включены занятия с медицинским психологом, социальная адаптация с участием специалистов и социальных работников. Целесообразно использование таких факторов как диетическая терапия, ЛФК.

2. Пациенты с СД 2 типа и с диабетической остеоартропатией с хронической стадией после консультации врача-травматолога-ортопеда направляются в протезно-ортопедическое предприятие для подбора индивидуального ортопедического пособия (готовая терапевтическая обувь, изготовление тьютора или ортеза, изготовление индивидуальной ортопедической обуви).

3. Оказание санаторно-курортного лечения взрослому населению в Республике Карелия регламентировано приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2016 № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения», приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия «О совершенствовании работы по направлению больных из государственных учреждений здравоохранения Республики Карелия на санаторно-курортное лечение в санаторно-курортные организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации».

4. Санаторно-курортное лечение осуществляется при наличии медицинских показаний (пациент с СД 2 типа в отсутствие значимой метаболической декомпенсации и без выраженных стадий осложнений (синдром диабетической стопы, ХБП С5, пролиферативная диабетическая ретинопатия) для улучшения общего состояния здоровья) и отсутствии медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, которые определяются лечащим врачом по результатам анализа объективного состояния здоровья, данных предшествующего медицинского обследования и лечения (со сроком давности проведения не более 1 месяца до даты обращения гражданина к лечащему врачу).

5. Документом, подтверждающим наличие медицинских показаний и отсутствие медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения, является справка для получения путевки на санаторно-курортное

лечение, выданная врачами-специалистами государственных учреждений здравоохранения Республики Карелия по месту жительства больного.

6. Медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний для его осуществления пациентам с сахарным диабетом, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований, а также клинических рекомендаций определяются врачом, осуществляющего диспансерное наблюдение пациента. Могут быть рекомендованы санаторно-курортные организации - бальнеологические курорты с питьевыми минеральными водами и водами минеральными природными для наружного бальнеотерапевтического применения.

7. Формирование пакета документов, необходимых для приема в санаторно-курортную организацию на санаторно-курортное лечение в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2016 № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения», осуществляет специалист медицинской организации Республики Карелия по месту прикрепления больного.

Показания

для экстренной госпитализации в эндокринологическое отделение
ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» пациентов
с сахарным диабетом.

1. диабетический кетоацидоз,
2. диабетическое гиперосмолярное гипергликемическое состояние (прекома, кома),
3. лактатацидоз,
4. гипогликемическая кома или гипогликемическое состояние тяжелой степени тяжести,
5. любые жизнеугрожающие состояния у пациентов с СД.

Показания

для плановой госпитализации в эндокринологическое отделение
ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» пациентов
с сахарным диабетом.

1. дебют сахарного диабета 1 типа,
2. клинически значимое ухудшение сахарного диабета, его осложнений и сопутствующей патологии,
3. инициация инсулинотерапии у пациентов сахарным диабетом 2 типа,
4. необходимость назначения и коррекции инсулинотерапии при выраженной декомпенсации заболевания,
5. помповая инсулинотерапия (инициация терапии и коррекция),
6. инициация терапии антиконвульсантами (АТХ-классификация N03A противосудорожные препараты) при болевой форме диабетической периферической нейропатии,
7. прогрессирование осложнений сахарного диабета,
8. наличие инфицированного раневого дефекта при синдроме диабетической стопы,
9. критическая ишемия конечности у пациентов с синдромом диабетической стопы,
10. развитие нефротического синдрома и значительное снижение фильтрационной функции почек,
11. лабильное или нетипичное течение сахарного диабета,

12. сахарный диабет и беременность, гестационный сахарный диабет при необходимости назначения инсулинотерапии,
13. необходимость предоперационной подготовки,
14. решение экспертных вопросов.

ПОРЯДОК

маршрутизации при оказании медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в неотложной и экстренной форме

1. Настоящий Порядок устанавливает правила маршрутизации при оказании медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом в неотложной и экстренной форме в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Карелия.

2. Экстренная и неотложная помощь пациентам с сахарным диабетом осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, а также с клиническими рекомендациями и стандартами в случае декомпенсации коморбидной и интеркуррентной патологии у пациента с сахарным диабетом.

3. При обращении пациента за медицинской помощью амбулаторно или в приёмное отделение стационара, а также при вызове медицинского работника (или бригады скорой медицинской помощи) на дом, специалист посредством опроса пациента, проведения физикального обследования должен установить предварительный диагноз и определить форму оказания медицинской помощи (экстренная, неотложная или плановая).

4. Экстренная медицинская помощь оказывается при развитии острых осложнений сахарного диабета (диабетический кетоацидоз, гипогликемическая кома или гипогликемическое состояние сопровождающееся неврологической симптоматикой, нарушением речи, сознания, гиперосмолярное состояние, дебют сахарного диабета с яркой клиникой гипергликемии), прогрессировании хронических осложнений сахарного диабета (например развитие терминальной почечной недостаточности) обострениях хронических или развитие острых интеркуррентных заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

5. Экстренная медицинская помощь осуществляется по месту пребывания пациента вне медицинской организации, амбулаторно, в условиях стационара.

6. При оказании скорой медицинской помощи, в случае необходимости, осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).

7. Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

8. Пациенты с угрожающими жизни состояниями доставляются в ближайшие медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «эндокринология» или «терапия», имеющие в своём составе отделение анестезиологии-реаниматологии согласно территориальному прикреплению (Таблица №20).

9. При госпитализации пациента с сахарным диабетом в критическом или угрожающем жизни состоянии обязательно информируется заведующий эндокринологическим отделением или заместитель главного врача ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» по телефону или в формате экстренной ТМК.

10. При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний, больные транспортируются в эндокринологическое отделение.

11. В случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию. Медицинская эвакуация пациента обеспечивается направляющей медицинской организацией или силами Территориального центра медицины катастроф ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи».

12. В случаях, когда транспортировка пациенту противопоказана, оказывается консультативная помощь врачами-эндокринологами и врачами - реаниматологами по телефону или в формате телемедицинской консультации в формате «врач-врач».

13. Неотложная медицинская помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

14. Неотложная медицинская помощь оказывается в амбулаторных и стационарных условиях медицинской организации согласно маршрутизации больных по территориальному признаку при следующих заболеваниях:

- клинически значимая декомпенсация сахарного диабета любого типа, в том числе на фоне интеркуррентной патологии;
- впервые выявленный сахарный диабет 1 типа;
- частые гипогликемические состояния;
- другие состояния/заболевания, требующие наблюдения и лабораторного мониторингирования, и медикаментозной коррекции терапии сахарного диабета.

15. При наличии медицинских показаний пациент госпитализируется в ближайшую медицинскую организацию, имеющую в своей структуре терапевтическое отделение (койки), в штатном расписании которого имеются врачи-терапевты и/или врачи-эндокринологи.

16. При наличии медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи перевод в эндокринологическое отделение ГБУЗ РК «Республиканская больница им В.А. Баранова» осуществляется после очной, телефонной или телемедицинской консультации (в формате «врач-врач») пациента заведующим эндокринологическим отделением или врачом-эндокринологом ГБУЗ РБ «Республиканская больница им. В.А. Баранова».

* В случае, когда тяжесть состояния пациента обусловлена острыми осложнениями сахарного диабета и/или требуется специализированная помощь, оказываемая в ГБУЗ РК Республикаская больница

**В случае, когда тяжесть состояния обусловлена интеркуррентной патологией.