



ЗАГАД

ПРИКАЗ

02.07.2013 № 764

г. Минск

г. Минск

Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 года № 360»,  
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить клинические протоколы диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях согласно приложению.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, руководителям ведомственных организаций здравоохранения обеспечить диагностику и лечение взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с клиническими протоколами, указанными в пункте 1 настоящего приказа.

3. Признать утратившим силу подпункт 6 пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2006 г. № 484 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных» и подпункт 3 пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2009 г. № 532 «Об утверждении

некоторых клинических протоколов».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на  
Первого заместителя Министра Пиневича Д.Л..

Министр



В.И. Жарко

Приложение  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
« 2 » июля 2013 № 764

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы  
при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Организации-разработчики:

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Государственное учреждение «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»

Учреждение здравоохранения «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска

Минск 2013

Организационно-методическая группа по подготовке клинических протоколов диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Сушинский В.Э.	главный терапевт Министерства здравоохранения Республики Беларусь
Гавриленко Л.Н.	главный внештатный клинический фармаколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, доцент кафедры клинической фармакологии ГУО «Белорусский государственный медицинский университет»
Черновицкий М.А.	главный внештатный специалист по лабораторной диагностике, заведующий лабораторией ГУ РНПЦ онкологии, гематологии и иммунологии
Кот Т.И.	ведущий научный сотрудник государственного учреждения ГУ РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения

Исполнители-разработчики клинических протоколов диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Забаровская З.В.	профессор кафедры эндокринологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Шепелькевич А.П.	главный внештатный эндокринолог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, доцент кафедры эндокринологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Романовский А.А.	доцент кафедры эндокринологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Бурко И.И.	доцент кафедры эндокринологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Салко О.Б.	заместитель главного врача по организационно-методической работе ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»
Карлович Н.В.	заместитель главного врача по медицинской части УЗ «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска
Юрени Е.В.	врач-эндокринолог УЗ «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ**  
 диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы  
 при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровни оказания медицинской помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
		Диагностика			Лечение		
		обязательная	кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7	8
Инсулинзависимый сахарный диабет (сахарный диабет 1 тип) (E10)	Районный уровень (далее -РУ)	Определение содержания глюкозы в крови  Определение содержания кетоновых тел в моче  Самоконтроль уровня гликемии  Определение содержания гликированного гемоглобина (далее-НвА1с) с использованием методов с коэффициентом вариации менее	2 раза при выявлении, далее-по показаниям  При выявлении, далее-по показаниям  Не менее 1 раз в сутки  1 раз в 6 месяцев	Определение содержания кетоновых тел в крови  Определение содержания фруктозамина  УЗИ органов брюшной полости  Консультация врачей: терапевта, невролога, хирурга, аллерголога (при непереносимости препаратов инсулина).	Обучение в «Школе диабета»  Рациональное питание с подсчетом хлебных единиц для коррекции дозы инсулина перед едой  Адекватная физическая нагрузка  Отказ от курения  Базис-болюсный режим инсулинотерапии (0,7-1,6 МЕ/кг/сут п/к)  Консультация на областном уровне (далее-ОУ)  Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении заболевания для назначения инсулинотерапии; -для обучения в школе диабета;	Постоянно  Компенсация (целевой уровень НвА1с менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой	Улучшение состояния  Компенсация (целевой уровень НвА1с менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой

1	2	3	4	5	6	7	8
		4%				-по медицинским показаниям.	продол-
		Общий анализ крови	1 раз в год				житель-
		Общий анализ мочи	1 раз в год				ности
		Определение содер-	1 раз в год				жизни
		жания альбумина в	через 3 года				при от-
		суточной моче (мик-	после мани-				сут-
		роальбуминурия)	фестации СД				ствии
			при отсут-				тяжелых
			ствии воспа-				гипо-
			лительных				глике-
			изменений в				мий)
			общем ана-				
			лизе мочи				
		Биохимическое ис-	1 раз в год				
		следование крови:					
		общий белок, общий					
		билирубин, общий					
		холестерин, тригли-					
		цериды, АсАТ,					
		АлАТ, креатинин					
		Осмотр стоп	2 раза в год				
			и при нали-				
			чии жалоб				
		Осмотр мест инъек-	2 раза в год				
		ций	и при нали-				
			чии жалоб				
		Измерение уровня	При каждом				
		АД	посещении				
			врача				
		ЭКГ	1 раз в год				

1	2	3	4	5	6	7	8
		Консультация врача-офтальмолога	1 раз в год через 3 года после манифестации СД и при наличии жалоб				
ОУ	Самоконтроль уровня гликемии Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4% Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение содержания альбумина в суточной моче (микроальбуминурия)  Биохимическое исследование крови: общий белок, общий	Не менее 1 раз в сутки 1 раз в 6 месяцев  1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год через 3 года после манифестации СД при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи 1 раз в год	Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Биохимическое исследование крови: α-амилаза Гормональное исследование крови: С-пептид Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS Электронейромиография УЗИ органов брюшной полости УЗИ сосудов нижних конечностей Консультация врачей: психотерапевта, невролога, врача кабинета «Диабетиче-	Обучение в «Школе диабета» Рациональное питание с подсчетом хлебных единиц для коррекции дозы инсулина перед едой Адекватная физическая нагрузка Отказ от курения Базис-болюсный режим инсулинотерапии (0,7-1,6 МЕ/кг/сут п/к) Консультация на республиканском уровне (далее-РеспУ) Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении заболевания для назначения инсулинотерапии; -для обучения в школе диабета; -по медицинским показаниям.	Постоянно	Улучшение состояния Компенсация (целевой уровень НвА1с менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсут-	

1	2	3	4	5	6	7	8
		билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин		ская стопа».			ствии тяже- лых ги- погли- кемий)
		Осмотр мест инъекций.	2 раза в год и при наличии жалоб				
		Осмотр стоп	2 раза в год и при наличии жалоб				
		Измерение уровня АД	При каждом посещении врача				
		Консультация врача-офтальмолога	1 раз в год через 3 года после манифестации СД и при наличии жалоб				
РеспУ	Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%	1 раз в 6 месяцев	Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови	Обучение в «Школе диабета»	Рациональное питание с подсчетом хлебных единиц для коррекции дозы инсулина перед едой.	Посто- сто- янно	Улуч- шение состоя- ния
	Осмотр мест инъекций	2 раза в год и при наличии жалоб	Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицери-	Адекватная физическая нагрузка	Отказ от курения		Ком- пенса- ция (це- левой уровень HbA1c
				Базис-болусный режим инсулинотерапии	Назначение препаратов аналогов инсулина на бесплатной основе		

1	2	3	4	5	6	7	8
		Осмотр стоп	2 раза в год и при наличии жалоб	ды, АсАТ, АлАТ, креатинин, кальций общий, кальций ионизированный, калий, натрий, $\alpha$ -амилаза.	Определение показаний для проведения помповой инсулинотерапии.		менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)
		Измерение уровня АД	При каждом посещении врача	Определение содержания в крови диабет-ссоциированных антител Гормональное исследование крови: С-пептид Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS. УЗИ органов брюшной полости Электронейромиография Функциональные тесты для диагностики автономной нейропатии. Определение лодыжечно-плечевого индекса (далее-ЛПИ). УЗИ сосудов нижних конечностей. Консультация вра-	Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара по медицинским показаниям.		

1	2	3	4	5	6	7	8
				чей: генетика, терапевта, невролога, ангиохирурга.			
Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет 2 тип) (E11.0)	РУ	<p>Определение содержания глюкозы в крови натощак</p> <p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%.</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>Определение содержания альбумина в суточной моче (микроальбуминурия)</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, тригли-</p>	<p>2 раза при выявлении, далее-по показаниям</p> <p>Не менее 1 раз в сутки</p> <p>1 раз в 6 месяцев</p> <p>1 раз в год</p> <p>1 раз в год</p> <p>1 раз в год при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи</p> <p>1 раз в год</p>	<p>Пероральный тест толерантности к глюкозе.</p> <p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>Анализ мочи по Нечипоренко</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Консультация врачей: терапевта, невролога, хирурга.</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни:</p> <p>-рациональное питание с повышенным содержанием грубоволокнистой клетчатки (30-40 г/сут);</p> <p>-адекватная физическая нагрузка</p> <p>Медикаментозная терапия:</p> <p>– пероральные гипогликемические средства:</p> <p>бигуаниды:</p> <p>метформин 500-2500 мг/сут, и/или</p> <p>производные сульфонилмочевины:</p> <p>глибенкламид 2,5 - 20 мг/сут или глибенкламид 1,25 – 10,5 мг/сут или</p> <p>гликлазид MR 30-120 мг/сут или гликвидон 15–120 мг/сут, или</p> <p>метформин/глибенкламид 500-2000/5-20 мг/сут</p> <p>и/или</p> <p>тиазолидиндионы:</p> <p>пиоглитазон 15–30 мг/сут</p> <p>и/или</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация целевой уровень HbA1c менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых ги-</p>
Другие уточненные формы сахарного диабета (E13.0)							

1	2	3	4	5	6	7	8
		цериды, АсАТ, АлАТ, креатинин Антропометрия: масса тела с расче- том ИМТ, окруж- ность талии Осмотр стоп	При каждом посещении врача и само- контроль 2 раза в год и при нали- чии жалоб		- инсулинотерапия: базальный инсулин начиная с 10-12 ЕД/сут п/к с дальнейшей титрацией до- зы по уровню гликемии; интен- сификация инсулинотерапии в зависимости от уровня НвА1с до базис-болусного режима инсу- линотерапии (0,6-1,6 МЕ/кг/сут п/к)		погли- кемий)
		Измерение уровня АД ЭКГ Консультация врача- офтальмолога	При каждом посещении врача 1 раз в год 1 раз в год и при наличии жалоб		- коррекция артериальной ги- пертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст): средства, влияющие на ренин- ангиотензиновую систему (мо- нотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг/сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пеприндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут мочегонные средства (компонент комбинированной терапии) внутрь: индапамид 2,5 мг/сут		
					блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной		

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

терапии) внутрь:  
 амлодипин 2,5-10 мг/сут или  
 дилтиазем 60-180 мг/сут или  
 верапамил 120-240 мг/сут или

$\beta$  адреноблокаторы (компонент  
 комбинированной терапии)  
 внутрь:  
 карведилол 6,25 - 100 мг/сут или  
 бисопролол 2,5-10 мг/сут.

Гиполипидемические средства  
 при нарушении липидного обмена:  
 аторвастатин 10 – 40 мг/сут  
 или/и  
 фенофибрат 145 мг/сут

Антитромботические средства  
 (по показаниям):  
 ацетилсалициловая кислота 75-  
 150 мг/сут или  
 клопидогрель 75 мг/сут или  
 тиклопидин 250-500 мг/сут

Консультация на ОУ (по показани-  
 ям)

Госпитализация в эндокриноло-  
 гическое отделение по медицин-  
 ским показаниям

1	2	3	4	5	6	7	8
	ОУ	<p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>Определение содержания альбумина в суточной моче (микрoальбуминурия)</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин</p> <p>Осмотр мест инъекций</p> <p>Осмотр стоп</p>	<p>Не менее 1 раз в сутки</p> <p>1 раз в 6 месяцев</p> <p>1 раз в год</p> <p>1 раз в год</p> <p>1 раз в год при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи</p> <p>1 раз в год</p> <p>2 раза в год и при наличии жалоб</p> <p>2 раза в год и при нали-</p>	<p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>Биохимическое исследование крови: α-амилаза</p> <p>Гормональное исследование крови: С-пептид, иммунореактивный инсулин (далее-ИРИ)</p> <p>Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS</p> <p>ЭКГ</p> <p>Электронеуромиография</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>УЗИ сосудов нижних конечностей</p> <p>Консультация врачей: невролога, кардиолога, психотерапевта, врача кабинета «Диабетическая стопа»</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни:</p> <p>- рациональное питание с повышенным содержанием грубоволокнистой клетчатки (30-40 г/сут);</p> <p>- адекватная физическая нагрузка</p> <p>Медикаментозная терапия:</p> <p>– пероральные гипогликемические средства:</p> <p>метформин 500 мг – 2500 мг/сут, и/или производные сульфонилмочевины: глибенкламид 2,5 - 20 мг/сут или глибенкламид 1,25 – 10,5 мг/сут гликлазид MR 30-120 мг/сут или гликвидон 15–120 мг/сут, или метформин/глибенкламид 500-2000/5-20 мг/сут и/или тиазолидиндионы: пиоглитазон 15–30 мг/сут. и/или</p> <p>- инсулинотерапия: базальный инсулин начиная с 10-12 ЕД/сут п/к с дальнейшей титрацией дозы по уровню гликемии; интенсификация инсулинотерапии в</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация (целевой уровень HbA1c менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)</p>

1	2	3	4	5	6	7	8	
		Измерение уровня АД Консультация врача-офтальмолога	При каждом посещении врача 1 раз в год	чии жалоб		зависимости от уровня HbA1c до базис-болюсного режима инсулинотерапии (0,6-1,6 МЕ/кг/сут п/к)  - коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст): средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг/сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пеприндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут  мочегонные средства (компонент комбинированной терапии) внутрь: индапамид 2,5 мг/сут  блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 60-180 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или		

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>β адrenoблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутри: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут.</p> <p>Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена: аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и фенофибрат 145 мг/сут</p> <p>Антитромботические средства (по показаниям): ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут</p> <p>Консультация на РеспУ (по показаниям) Госпитализация в эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p>		
	РеспУ	Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом	1 раз в 6 месяцев	Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Биохимическое ис-	Обучение в «Школе диабета» Изменение образа жизни: - рациональное питание с повышенным содержанием грубоволокнистой клетчатки (30-40	Посто- сто- янно	Улуч- шение состоя- ния Ком-

1	2	3	4	5	6	7	8
		том вариации менее 4%		следование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин, кальций общий, кальций ионизированный, калий, натрий, $\alpha$ -амилаза	г/сут); - адекватная физическая нагрузка		пенсация (целевой уровень НвА1с менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)
		Осмотр стоп	2 раза в год и при наличии жалоб	Определение содержания диабет-ссоциированных антител	Медикаментозная терапия: – пероральные гипогликемические средства: бигуаниды: метформин 500-2500 мг/сут, и/или производные сульфонилмочевины: глибенкламид 2,5 - 20 мг/сут или глибенкламид 1,25 – 10,5 мг/сут гликлазид MR 30-120 мг/сут или гликвидон 15–120 мг/сут, и/или метформин/глибенкламид 500-2000/5-20 мг/сут и/или тиазолидиндионы: пиоглитазон 15–30 мг/сут. и/или		
		Измерение уровня АД	При каждом посещении врача	Гормональное исследование крови: С-пептид, ИРИ	- инсулинотерапия: базальный инсулин начиная с 10-12 ЕД/сут п/к с дальнейшей титрацией дозы по уровню гликемии; интенсификация инсулинотерапии в зависимости от уровня НвА1с до базис-болюсного режима инсулинотерапии (0,6-1,6 МЕ/кг/сут п/к)		
				Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS			
				УЗИ органов брюшной полости			
				Электронейромиография			
				Функциональные тесты для диагностики автономной нейропатии			
				Определение ЛПИ			
				УЗИ сосудов нижних			

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>конечностей Консультация врачей: генетика, терапевта, невролога, хирурга.</p>	<p>- коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст): средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг/сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пеприндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут</p>		
					<p>мочегонные средства (компонент комбинированной терапии) внутрь: индапамид 2,5 мг/сут</p>		
					<p>блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 60-180 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или</p>		
					<p><math>\beta</math> адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

бисопролол 2,5-10 мг/сут.

Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена:

аторвастатин 10 – 40 мг/сут

или/и

фенофибрат 145 мг/сут

Антитромботические средства (по показаниям):

ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или

клопидогрель 75 мг/сут или

тиклопидин 250-500 мг/сут

Определение показаний для назначения препаратов миметикоинкретинов

Назначение препаратов аналогов инсулина на бесплатной основе

Определение показаний для проведения помповой инсулинотерапии

Госпитализация в эндокринологическое отделение по медицинским показаниям

Инсулинзависимый сахарный диабет (сахарный

РУ

Самоконтроль уровня гликемии  
Определение содержания гликированного

Не менее 1 раз в сутки  
1 раз в 6 месяцев

Общий анализ крови  
Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фрукто-

Обучение в «Школе диабета»  
Изменение образа жизни:  
- рациональное питание с ограничением поваренной соли;

Постоянно  
Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
диабет 1 тип) Диабетическая ангиопатия (макроангиопатия, микроангиопатия сосудов нижних конечностей) (E10.5)		ного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4% ЭКГ Измерение уровня АД	1 раз в год При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно	замина в крови Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин (с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта)	- адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно протоколам) Антитромботические средства: ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут		Компенсация (целевой уровень HbA1c менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)
Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет 2 тип) Диабетическая ангиопатия (макроангиопатия, микроангиопатия сосудов нижних конечностей) (E11.5)		Осмотр стоп Консультация врача хирурга Консультация врача функциональной диагностики (определение ЛПИ)	2 раза в год и при наличии жалоб При выявлении, далее-по показаниям не менее 1 раз в год При выявлении, далее-по показаниям	Общий анализ мочи Определение содержания кетоновых тел в моче Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН) УЗИ сосудов нижних конечностей Консультация врачей: офтальмолога, терапевта, невролога	Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст): - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутри: каптоприл 25-100 мг/сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пеприндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут  - мочегонные средства (компо-		
Другие уточненные формы сахарного диабета. Диабетичес-							

1	2	3	4	5	6	7	8
ская ангиопатия (макроангиопатия, микроангиопатия сосудов нижних конечностей) (E13.5)					<p>нент комбинированной терапии) внутрь: индапамид 2,5 мг/сут или</p> <p>- блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 60-180 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или</p> <p>- β-адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут</p> <p>Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена: аторвастатин 10-40 мг/сут или/и фенофибрат 145 мг/сут Консультация на ОУ (по показаниям)</p>		
ОУ	<p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Измерение уровня АД</p>	<p>Не менее 1 раз в сутки</p> <p>При каждом посещении врача и само-</p>	<p>Общий анализ крови</p> <p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>Определение содер-</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной</p>	<p>Посто- сто- янно</p>	<p>Улуч- шение состоя- ния Ком- пенса-</p>	

1	2	3	4	5	6	7	8
		УЗИ сосудов нижних конечностей	контроль ежедневно. Однократно при выявлении, далее-по показаниям	жания гликированно-го гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4% Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин (с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта), кальций общий, кальций ионизированный, калий, натрий Общий анализ мочи Определение содержания кетоновых тел в моче Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН) Суточное монитори-	ходьбы); - отказ от курения  Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно протоколам)  Антитромботические средства: - ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут - прямые антикоагулянты (препараты низкомолекулярных гепаринов - по назначению врача-ангиохирурга)  Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст): - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутри: каптоприл 25-100 мг/сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пеприндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут		ция (целевой уровень НвА1с менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>рование уровня глюкозы системой CGMS ЭКГ Определение ЛПИИ Консультация врачей: офтальмолога, невролога, нефролога (уролога), офтальмолога, кардиолога (проведение холтеровского мониторинга, суточного мониторинга АД), врача кабинета «Диабетическая стопа».</p>	<p>- мочегонные средства (компонент комбинированной терапии) внутрь: индапамид 2,5 мг/сут</p> <p>- блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 60-180 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или</p> <p>- β-адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут</p>		
					<p>Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена: аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и фенофибрат 145 мг/сут</p>		
					<p>Определение показаний к хирургическому лечению (проводит врач-ангиохirurg) Консультация на РеспУ (по показаниям)</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
	РеспУ	Самоконтроль уровня гликемии	Не менее 1 раз в сутки	Общий анализ крови	Обучение в «Школе диабета»	Посто	Улуч-
		Измерение уровня АД	При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно	Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови	Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения	сто- янно	шение состоя- ния
		УЗИ сосудов нижних конечностей	Однократно при выявлении, далее - по показаниям	Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%	Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно протоколам)		Ком- пенса- ция (це- левой уровень HbA1c менее 6,5- 7,5% в зависи- мости от ожи- даемой про- должи- тельно- сти жизни при от- сут- ствии тяже- лых ги- погли- кемий)
				Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин (с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта), кальций общий, кальций ионизированный, калий, натрий	Антитромботические средства: - ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут - прямые антикоагулянты (препараты низкомолекулярных гепаринов - по назначению врача-ангиохирурга)		
				Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS Коагулограмма	Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст): - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутри:		

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>Общий анализ мочи            Определение содержания кетоновых тел в моче            Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН)            ЭКГ            Определение ЛПИ            Консультация врачей: офтальмолога, невролога, нефролога (уролога), терапевта.</p>	<p>каптоприл 25-100 мг/сут или            лизиноприл 5-20 мг/сут или            эналаприл 5-20 мг/сут или            периндоприл 2-8 мг/сут или            рамиприл 5-10 мг/сут или            лозартан 50-100 мг/сут</p> <p>- мочегонные средства (компонент комбинированной терапии) внутрь:            индапамид 2,5 мг/сут</p> <p>- блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь:            амлодипин 2,5-10 мг/сут или            дилтиазем 60-180 мг/сут или            верапамил 120-240 мг/сут или</p> <p>- <math>\beta</math>-адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь:            карведилол 6,25 - 100 мг/сут или            бисопролол 2,5-10 мг/сут</p> <p>Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена:            аторвастатин 10 – 40 мг/сут            или/и фенофибрат 145 мг/сут</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
					Определение показаний к хирургическому лечению (проводит врач-ангиохirurg)		
Инсулинзависимый сахарный диабет (сахарный диабет 1 тип) Диабетическая нейропатия (сенсомоторная, автономная) (E10.4)	РУ	Самоконтроль уровня гликемии Измерение уровня АД  Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%	Не менее 1 раз в сутки При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно 1 раз в 6 месяцев	Консультация врачей: хирурга, офтальмолога, кардиолога (проведение холтеровского мониторинга, суточного мониторинга АД).	Обучение в «Школе диабета» (уход за стопой, подбор обуви) Изменение образа жизни: - рациональное питание; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения  Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно протоколам)	Постоянно	Улучшение состояния Компенсация целевой уровень HbA1c менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых ги-
Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет 2 тип) Диабетическая нейропатия (сенсомоторная, автономная) (E11.4)		Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН)  ЭКГ	1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи 1 раз в год		Патогенетическая терапия: - тиоктовая кислота курсом 1 раз в год внутрь: 21 день -1200 мг в сут, далее 1,5-2 месяца по 600 мг/сут ежедневно; - депротеинизированный гемодериват (гемодиализат) крови телят 2 курса в год: 5-10 мл в/в – 10 дней, далее 600-1800 мг/сут перорально в течение 1,5-2-х месяцев; - антитромботические средства: ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или		
Другие уточненные формы сахарного		Консультация врачей: невролога, функциональной ди-	1 раз в год однократно				

1	2	3	4	5	6	7	8
диабета. Диабетическая нейропатия (сенсомоторная, автономная) (E13.4)		гностики (проведение проб для диагностики кардиальной автономной нейропатии: Вальсальвы, с глубоким дыханием, ортостатическая)	при выявлении, далее-по показаниям		клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут  Консультация на ОУ (по показаниям)		погликемий)
	ОУ	Самоконтроль уровня гликемии Измерение уровня АД  Осмотр стоп  Консультация врача-невролога с определением сенсорной и моторной функции нижних конечностей	Не менее 1 раз в сутки При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно 2 раза в год и при наличии жалоб 1 раз в год	Общий анализ крови Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Определение содержания гликированного с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4% Общий анализ мочи Определение суточной потери белка с мочой (альбинурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН) Электронейромиография Суточное мониторирование уровня глюкозы системой	Обучение в «Школе диабета» (уход за стопой, подбор обуви) Изменение образа жизни: - рациональное питание; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения  Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно соответствующего раздела настоящих протоколов)  Патогенетическая терапия: - тиоктовая кислота курсом 1 раз в год внутрь: 21 день -1200 мг в сут, далее 1,5-2 месяца по 600 мг/сут ежедневно; - депротенинизированный гемодериват (гемодиализат) крови телят 2 курса в год: 5-10 мл в/в – 10	Постоянно	Улучшение состояния Компенсация целевой уровень HbA1c менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при от-

1	2	3	4	5	6	7	8
				CGMS Консультация врачей: нефролога, офтальмолога, кардиолога (проведение холтеровского мониторирования, суточного мониторирования АД), гастроэнтеролога, акушера-гинеколога, уролога, врача кабинета «Диабетическая стопа».	дней, далее 600-1800 мг/сут перорально в течение 1,5-2-х месяцев;  - антитромботические средства: ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут  Решение вопроса о тактике лечения болевой формы диабетической нейропатии: - антидепрессанты: amitриптилин 25-150 мг/сут флуоксетин 20-80 мг/сут пароксетин 10-60 мг/сут эсциталопрам 10-20мг/сут - противосудорожные: карбамазепин 200-800 мг/сут прегабалин 150-600 мг/сут - опиоиды: трамадол 100-400 мг/сут Консультация на РеспУ (по показаниям)		сут- ствии тяжё- лых ги- погли- кемий)

1	2	3	4	5	6	7	8
	РеспУ	Самоконтроль уровня гликемии Измерение уровня АД  Осмотр стоп  Консультация врача-невролога с определением сенсорной и моторной функции нижних конечностей	Не менее 1 раз в сутки При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно 2 раза в год и при наличии жалоб 1 раз в год	Общий анализ крови Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4% Общий анализ мочи Определение суточной потери белка с мочой (альбинурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН) Электронейромиография Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS Консультация врачей: нефролога, офтальмолога, кардиолога (проведение холтеровского мониторирования, суточ-	Обучение в «Школе диабета» (уход за стопой, подбор обуви) Изменение образа жизни: - рациональное питание; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения  Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно соответствующего раздела настоящих протоколов)  Патогенетическая терапия: - тиоктовая кислота курсом 1 раз в год внутрь: 21 день -1200 мг в сут, далее 1,5-2 месяца по 600 мг/сут ежедневно; - депротенизированный гемодериват (гемодиализат) крови телят 2 курса в год: 5-10 мл в/в – 10 дней, далее 600-1800 мг/сут перорально в течение 1,5-2-х месяцев; - антитромботические средства: ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут	Постоянно	Улучшение состояния Компенсация целевой уровень HbA1c менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)

1	2	3	4	5	6	7	8
				ного мониторингования АД), гастроэнтеролога, акушера-гинеколога, уролога, ангиохирурга.	Решение вопроса о тактике лечения болевой формы диабетической нейропатии: - антидепрессанты: амитриптилин 25-150 мг/сут флуоксетин 20-80 мг/сут пароксетин 10-60 мг/сут эсциталопрам 10-20 мг/сут - противосудорожные: карбамазепин 200-800 мг/сут прегабалин 150-600 мг/сут - опиоиды: трамадол 100-400 мг/сут		
Инсулинзависимый сахарный диабет (сахарный диабет 1 тип) с поражением глаз (E10.3)	РУ	Самоконтроль уровня гликемии Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%	Не менее 1 раз в сутки 1 раз в год 1 раз в год 1 раз в 6 месяцев	Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Биохимическое исследование крови: холестерин, ЛПВП, ЛПНП Консультация врача-терапевта	Обучение в «Школе диабета» Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения  Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно соответствующего раздела настоящих протоколов)	Постоянно	Улучшение состояния Компенсация (целевой уровень HbA1c менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой
Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет 2 тип) с поражением глаз (E11.3)		Общий анализ мочи Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от	1 раз в год 1 раз в год при отсутствии воспалительных изменений в		Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД ме-		
Другие уточ-							

1	2	3	4	5	6	7	8
ненные формы сахарного диабета с поражением глаз (E13.3)		стадии ДН)  Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин Измерение уровня АД  Консультация врача-офтальмолога (визометрия, измерение внутриглазного давления (далее-ВГД), осмотр глазного дна с широким зрачком)	общем анализе мочи 1 раз в год  При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно 1 раз в год (E11 – при выявлении сахарного диабета; E10, E13 - через 3 года после манифестации сахарного диабета) и по показаниям		нее 130/80 мм рт ст): - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг/сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пеприндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут  - мочегонные средства (компонент комбинированной терапии) внутрь: индапамид 2,5 мг/сут  -блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 60-180 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или  -β-адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут		про-должительно-сти жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена: аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и фенофибрат 145 мг/сут</p> <p>Антитромботические средства (по показаниям): ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут</p> <p>Консультация на ОУ или РеспУ (по показаниям)</p>		
ОУ	<p>Измерение уровня АД</p> <p>Консультация врача-офтальмолога с применением функциональных методов исследования (визометрия, измерение ВГД, осмотр глазного дна с фундуслинзой): - без признаков диа-</p>	<p>При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно</p> <p>1 раз в год</p>	<p>Консультация врача-офтальмолога с применением функциональных методов исследования: оптическая когерентная томография (далее-ОКТ) макулярной зоны, флюоресцентная ангиография (далее-ФАГ)</p> <p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения</p> <p>Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно протоколам)</p> <p>Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД ме-</p>	<p>Постоянно</p> <p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация (целевой уровень НВА1с менее 6,5-7,5% в зависимости</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
		бетической ретинопатии (далее-ДР) - при наличии непролиферативной (далее - НПДР), пре-пролиферативной (далее -ПРДР), пролиферативной (далее-ПДР) стадий ДР  - диабетический макулярный отек	1 раз в год при стабильном течении ДР  1 раз в 3-6 месяцев при прогрессировании ДР  1 раз в 4 месяца независимо от стадии ДР	Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4% Общий анализ крови Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин Общий анализ мочи Определение содержания кетоновых тел в моче Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН) Суточномониторирование уровня глюкозы системой CGMS Консультация врача-	нее 130/80 мм рт ст): - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент-комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг/сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пеприндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут  - мочегонные средства (компонент комбинированной терапии) внутрь: ндапамид 2,5 мг/сут  - блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 60-180 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или  - β-адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут.		от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)

1	2	3	4	5	6	7	8
				кардиолога, врача-нефролога	<p>Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена: аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и фенофибрат 145 мг/сут</p> <p>Антитромботические средства (по показаниям): ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут</p> <p>Определение показаний для проведения лазерного и хирургического лечения Консультация на РеспУ (по показаниям)</p>		
РеспУ	Консультация врача-офтальмолога с применением функциональных методов исследования (визометрия, измерение ВГД, осмотр глазного дна с фундуслинзой): - без признаков ДР - при наличии не-пролиферативной		1 раз в год 1 раз в год при стабиль-	Консультация врача-офтальмолога с применением функциональных методов исследования: ОКТ макулярной зоны, ФАГ Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Определение содержания гликированно-	Обучение в «Школе диабета» Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно протоколам)	Посто- сто- янно	Улуч- шение состоя- ния Ком- пенса- ция (це- левой уровень HbA1c менее 6,5-

1	2	3	4	5	6	7	8
		(далее-НПДР), пре-пролиферативной (далее ПРДР), пролиферативной (ПДР) стадий ДР	ном течении ДР 1 раз в 3-6 месяцев при прогрессировании ДР	го гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%	Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст): - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент-комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг/сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут		7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)
		- диабетический макулярный отек	1 раз в 4 месяца независимо от стадии ДР	Коагулограмма Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин, кальций общий, кальций ионизированный, калий, натрий, $\alpha$ -амилаза Общий анализ мочи Определение содержания кетоновых тел в моче Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН) Суточномониторирование уровня глюкозы системой	- мочегонные средства (компонент комбинированной терапии) внутрь: индапамид 2,5 мг/сут  - блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 60-180 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или  - $\beta$ -адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или		

1	2	3	4	5	6	7	8
				CGMS Консультация врачей: терапевта, нефролога	бисопролол 2,5-10 мг/сут.  Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена: аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и фенофибрат 145 мг/сут.  Антитромботические средства (по показаниям): ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут  Определение показаний для проведения лазерного и хирургического лечения Определение показаний для назначения ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов		
Инсулинзависимый сахарный диабет (сахарный диабет 1 тип) с поражением почек (E10.2) рСКФ более 60 мл/мин	РУ	Самоконтроль уровня гликемии Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение содержания гликированного гемоглобина (далее HbA1c) с использованием мето-	1 раз в сутки  1 раз в год 1 раз в год 1 раз в 6 месяцев	Анализ мочи по Нечипоренко Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Исследование уровня кетоновых тел в моче Биохимическое ис-	Обучение в «Школе диабета» Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли до 3 г в сутки; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения	Постоянно	Улучшение состояния Компенсация (целевой уровень

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет 2 тип) с поражением почек (E11.2) рСКФ более 60 мл/мин</p> <p>Другие уточненные формы сахарного диабета с поражением почек (E13.2) рСКФ более 60 мл/мин</p>	<p>дов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Биохимическое исследование крови: креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации (далее-рСКФ) по формуле Кокрофта-Голта, общий белок, общий холестерин, триглицериды, общий билирубин, АсАТ, АлАТ</p> <p>Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН)</p> <p>Измерение уровня АД</p> <p>ЭКГ</p>	<p>1 раз в год</p> <p>2 раза в год (при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи)</p> <p>При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно</p> <p>1 раз в год</p>	<p>следование крови: альбумин, калий, натрий, сывороточное железо, железосвязывающая способность сыворотки (далее-ЖСС)</p> <p>УЗИ почек</p> <p>Консультация врачей: нефролога, уролога, терапевта, акушера-гинеколога</p> <p>Консультация на ОУ</p>	<p>Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета</p> <p>Профилактика прогрессирования диабетической нефропатии: - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему) внутрь: лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут</p> <p>Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст, для лиц с протеинурией более 1 г в сутки - менее 125/75 мм рт.ст): - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг в сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут</p>	<p>НвА1с менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при отсутствии тяжелых гипогликемий)</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

- мочегонные средства (компонент комбинированной терапии и при отежном синдроме) внутрь:  
индапамид 2,5-5 мг/сут или спиронолактон 12,5 – 50 мг/сут или гидрохлортиазид 25 -100 мг/сут и/или фуросемид 40-120 мг/сут

- блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь:  
амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 120-360 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или

-  $\beta$ -адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь:  
карведилол 6,25 - 100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут

Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена:  
аторвастатин 10 – 40 мг/сут и/или фенофибрат 145 мг/сут.

Антитромботические средства:  
ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500

1	2	3	4	5	6	7	8
					мг/сут.		
					Коррекция анемии: Препараты железа 100-300 мг/сут.		
ОУ	Самоконтроль уровня гликемии Определение содержания НвА1с с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%  Измерение уровня АД	1 раз в сутки  1 раз в 3-6 месяцев  При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно	Общий анализ крови Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Общий анализ мочи Исследование уровня кетоновых тел в моче Анализ мочи по Нечипоренко Определение суточной потери белка с мочой (альбинурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН) Биохимическое исследование крови: креатинин с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, общий белок, альбумин, общий би-	Обучение в «Школе диабета» Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли до 3 г в сутки; - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения  Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета (согласно соответствующего раздела настоящих протоколов)  Профилактика прогрессирования диабетической нефропатии: - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему) внутри: лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут	По- стоян- но	Улуч- шение состоя- ния Ком- пенса- ция (це- левой уровень НвА1с менее 6,5-7,5% в зави- симости от ожи- даемой про- должи- тельно- сти жизни при от- сут- ствии тяжелых	

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>лирубин, АсАТ, АлАТ, мочевиная кислота, кальций общий, кальций ионизированный, калий, натрий, фосфор, сывороточное железо, ЖСС, трансферрин, ферритин щелочная фосфатаза</p> <p>Определение клиренса эндогенного креатинина с помощью пробы Реберга-Тареева</p> <p>Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS</p> <p>УЗИ почек</p> <p>Консультация врачей: нефролога, уролога, офтальмолога, кардиолога, акушера-гинеколога.</p> <p>Консультация на РеспУ</p>	<p>Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт ст, для лиц с протеинурией более 1 г в сутки - менее 125/75 мм рт.ст):</p> <p>- средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг в сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут</p> <p>- мочегонные средства (компонент комбинированной терапии и при отежном синдроме) внутрь: индапамид 2,5-5 мг/сут или спиронолактон 12,5 – 50 мг/сут или гидрохлортиазид 25 -100 мг/сут и/или фуросемид 40-120 мг/сут</p> <p>- блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 120-360 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или</p>	<p>гипогликемий)</p>	

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>- β-адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутри: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут</p> <p>Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена: аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и фенофибрат 145 мг/сут</p> <p>Антитромботические средства: ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут Коррекция анемии: Препараты железа 100-300 мг/сут.</p>		
РеспУ	<p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение содержания НвА1с с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Измерение уровня</p>	<p>1 раз в сутки</p> <p>1 раз в 6 месяцев</p> <p>При каждом</p>	<p>Общий анализ крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>Исследование уровня кетоновых тел в моче</p> <p>Анализ мочи по Нечипоренко</p> <p>Исследование уровня глюкозы в крови</p> <p>Исследование уровня фруктозамина</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни:</p> <p>- рациональное питание с ограничением поваренной соли до 3 г в сутки;</p> <p>- адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы);</p> <p>- отказ от курения</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация (целевой уровень НвА1с</p>	

1	2	3	4	5	6	7	8
	АД		посещении врача и само- контроль ежедневно	Определение суточ- ной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от ста- дии ДН) Биохимическое ис- следование крови: креатинин с расчетом СКФ по формуле Ко- крофта-Голта, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицери- ды, общий белок, альбумин, общий би- лирубин, АсАТ, АлАТ, мочевая кис- лота, кальций общий, кальций ионизиро- ванный, калий, натрий, фосфор, сы- вороточное железо, ЖСС, трансферрин, ферритин, щелочная фосфатаза. Определение клирен- са эндогенного кре- атинина с помощью пробы Реберга- Тареева Суточное монитори-	Медикаментозная терапия в за- висимости от типа сахарного диабета (согласно протоколам)  Профилактика прогрессирования диабетической нефропатии: - средства, влияющие на ренин- ангиотензиновую систему) внутри: лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пе- риндоприл 2-8 мг/сут или рами- прил 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут.  Коррекция артериальной гипер- тензии (целевой уровень АД ме- нее 130/80 мм рт. ст., для лиц с протеинурией более 1 г в сутки - менее 125/75 мм рт. ст.): - средства, влияющие на ренин- ангиотензиновую систему (моно- терапия или как компонент ком- бинированной терапии) внутри: каптоприл 25-100 мг/сут или ли- зиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или пе- риндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозар- тан 50-100 мг/сут		менее 6,5-7,5% в зави- симости от ожи- даемой про- должи- тельно- сти жизни при от- сут- ствии тяжелых гипо- глике- мий)

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>рование уровня глюкозы системой CGMS</p> <p>Гормональное исследование крови: определение уровня ПТГ</p> <p>Определение в крови концентрации 25-ОН-витамина Д</p> <p>УЗИ почек</p> <p>УЗИ области шеи</p> <p>Двойная рентгеновская абсорбциометрия</p> <p>Консультация врачей: акушера-гинеколога, терапевта, невролога</p>	<p>- мочегонные средства (компонент комбинированной терапии и при отежном синдроме) внутрь: индапамид 2,5-5 мг/сут или спиронолактон 12,5 – 50 мг/сут или гидрохлортиазид 25 -100 мг/сут и/или фуросемид 40-120 мг/сут.</p> <p>- блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 120-360 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут</p> <p>- β-адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут</p> <p>Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмена: аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и фенофибрат 145 мг/сут</p> <p>Антитромботические средства: ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тик-</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
					лопидин 250-500 мг/сут		
					Коррекция анемии: Препараты железа 100-300 мг/сут.		
Инсулинзависимый сахарный диабет (сахарный диабет 1 тип) с поражением почек (E10.2) рСКФ менее 60 мл/мин	РУ	Самоконтроль уровня гликемии Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%	1 раз в сутки  2 раза в год 2 раза в год 1 раз в 6 месяцев	Анализ мочи по Нечипоренко Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Исследование уровня кетоновых тел в моче Биохимическое исследование крови: альбумин, кальций	Обучение в «Школе диабета» Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли до 3 г в сутки, белка до 0,7-1 г/кг в сутки, калия до 2,4 г в сутки, фосфатов до 0,8-1,0 г в сутки - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения	Постоянно	Улучшение состояния Компенсация (целевой уровень HbA1c менее 6,5
Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет 2 тип) с поражением почек (E11.2) рСКФ менее 60 мл/мин		Биохимическое исследование крови: креатинин с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта, общий белок, общий холестерин, триглицериды, общий билирубин, АсАТ, АлАТ	2 раза в год	общий, кальций ионизированный, калий, натрий, фосфор, щелочная фосфатаза, сывороточное железо, ЖСС УЗИ почек УЗИ органов брюшной полости Консультация врачей: уролога, терапевта, акушера-гинеколога	Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета При ИЗСД (E10.2), других уточненных формах сахарного диабета (E13.2) – базис-болюсный режим инсулинотерапии; при ИНСД (E11.2), других уточненных формах сахарного диабета (E13.2) – пероральные гипогликемические средства: - производные сульфонилмочевины:		6,5 (7,5%) в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при от-
Другие уточненные формы сахарного		Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии)	4 раза в год (при отсутствии воспалительных				сутствии

1	2	3	4	5	6	7	8
диабета с поражением почек (E13.2) рСКФ менее 60 мл/мин		в зависимости от стадии ДН)  Измерение уровня АД	изменений в общем анализе мочи)  При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно		глибенкламид 2,5-20 мг/сут, гликлазид MR 30-120 мг/сут или гликвидон 15–120 мг/сут и/или - тиазолидиндионы: пиоглитазон 15-30 мг/сут При снижении рСКФ ниже 30 мл/мин показана отмена пероральных гипогликемических средств и перевод на базис-болусный режим инсулинотерапии		тяжелых гипогликемий)
		ЭКГ Консультация врача-нефролога	1 раз в год При верификации диагноза, далее по показаниям		Профилактика прогрессии диабетической нефропатии: - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему) внутрь: лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут.		
		Консультация на ОУ	При верификации диагноза, далее по показаниям		Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт. ст., для лиц с протеинурией более 1 г в сутки - менее 125/75 мм рт. ст.): - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь:		

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

каптоприл 25-100 мг в сут или  
 лизиноприл 5-20 мг/сут или  
 эналаприл 5-20 мг/сут или пе-  
 риндоприл 2-8 мг/сут или рами-  
 прил 5-10 мг/сут или лозартан  
 50-100 мг/сут

- мочегонные средства (компо-  
 нент комбинированной терапии и  
 при отежном синдроме) внутрь:  
 индапамид 2,5-5 мг/сут или спи-  
 ронолактон 12,5 -50 мг/сут или  
 гидрохлортиазид 25 -100 мг/сут  
 и/или фуросемид 40-120 мг/сут

- блокаторы кальциевых каналов  
 (компонент комбинированной  
 терапии) внутрь:  
 амлодипин 2,5-10 мг/сут или ди-  
 лтиазем 120-360 мг/сут или вера-  
 памил 120-240 мг/сут или

- β-адреноблокаторы (компонент  
 комбинированной терапии)  
 внутрь:  
 карведилол 6,25 - 100 мг/сут или

Гиполипидемические средства  
 при нарушении липидного обмен-  
 на:  
 аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

фенофибрат 145 мг/сут

Антитромботические средства:  
ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или  
клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут

Коррекция уремической интоксикации:

- кишечные адсорбенты курсами по 1 неделе в месяц: уголь активированный внутрь по 500 мг 2-3 раза в сутки в течение 2-3 недель;
- цинара по 2 таблетки 3 раза в сутки курсами по 1 месяц 3-4 раза в год

Коррекция анемии:

препараты железа 100-300 мг/сут

Коррекция нарушений функции паращитовидных желез, минеральных и костных нарушений, ассоциированных с ХБП:

- средства на основе кальция (как фосфат-связывающие препараты и/или для коррекции гипокальциемии): кальция карбонат 1-3 г элементарного кальция в сутки

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>- витамин Д и его аналоги: эргокальциферол или холекальциферол 600-2000 МЕ / сутки</p>		
					<p>Назначение и мониторинг заместительной почечной терапии проводится врачом-нефрологом.</p>		
ОУ	<p>Самоконтроль уровня гликемии Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение содержания гликированного гемоглобина (далее HbA1c) с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4% Биохимическое исследование крови: креатинин с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта, калий, кальций, фосфор, общий белок, общий холестерин, ЛПНП, триглицериды, общий билирубин, АсАТ, АлАТ, сыво-</p>	<p>Не менее 1 раз в сутки 2 раза в год 2 раза в год 1 раз в 6 месяцев  2 раза в год</p>	<p>Анализ мочи по Нечипоренко Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Исследование уровня кетоновых тел в моче Биохимическое исследование крови: ЛПВП, альбумин, кальций ионизированный, натрий, ЖСС, трансферрин, ферритин Гормональное исследование крови: определение уровня ПТГ Определение клиренса эндогенного креатинина с помощью пробы Реберга-Тареева</p>	<p>Обучение в «Школе диабета» Изменение образа жизни: - рациональное питание с ограничением поваренной соли до 3 г в сутки, белка до 0,7-1 г/кг в сутки, калия до 2,4 г в сутки, фосфатов до 0,8-1,0 г в сутки - адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы); - отказ от курения  Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета: При ИЗСД (E10.2), других уточненных формах сахарного диабета (E13.2) – базис-болюсный режим инсулинотерапии; при ИНСД (E11.2), других уточненных формах сахарного диабета (E13.2) – пероральные гипогликемические средства:</p>	<p>Улучшение состояния Компенсация (целевой уровень HbA1c менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни при от-</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
		роточное железо, ЩФ Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН)	4 раза в год (при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи)	Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS ЭКГ УЗИ почек УЗИ органов брюшной полости УЗИ области шеи Сцинтиграфия паращитовидных желез Двойная рентгеновская абсорбциометрия Консультация врачей: уролога, акушера-гинеколога, кардиолога, невролога Консультация на Респ У	- производные сульфонилмочевины: глибенкламид 2,5-20 мг/сут, гликлазид MR 30-120 мг/сут или гликвидон 15–120 мг/сут и/или - тиазолидиндионы: пиоглитазон 15-30 мг/сут При снижении рСКФ ниже 30 мл/мин показана отмена пероральных гипогликемических средств и перевод на базис-болусный режим инсулинотерапии  Профилактика прогрессии диабетической нефропатии: средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему) внутри: лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут  Коррекция артериальной гипертензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт. ст., для лиц с протеинурией более 1 г в сутки - менее 125/75 мм рт.ст): - средства, влияющие на ренин-		сут- ствии тяжелых гли- погли- кемий)
		Измерение уровня АД	При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно				
		Консультация врача-нефролога	При верификации диагноза, далее по показаниям				

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг в сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут

- мочегонные средства (компонент комбинированной терапии и при отежном синдроме) внутрь: индапамид 2,5-5 мг/сут или спиронолактон 12,5-50 мг/сут или гидрохлортиазид 25-100 мг/сут и/или фуросемид 40-120 мг/сут

- блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 120-360 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или

-  $\beta$ -адреноблокаторы (компонент комбинированной терапии) внутрь: карведилол 6,25 - 100 мг/сут или

Гиполипидемические средства при нарушении липидного обмен-

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

на:  
 аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и  
 фенофибрат 145 мг/сут

Антитромботические средства:  
 ацетилсалициловая кислота 75-  
 150 мг/сут или  
 клопидогрель 75 мг/сут или тик-  
 лопидин 250-500 мг/сут

Коррекция уремической инток-  
 сикации:  
 - кишечные адсорбенты курсами  
 по 1 неделе в месяц: уголь акти-  
 вированный внутрь по 500 мг 2-  
 3 раза в сутки в течение 2-3  
 недель;  
 - цинара по 2 таблетки 3 раза в  
 сутки курсами по 1 месяцу 3-4  
 раза в год

Коррекция анемии:  
 препараты железа 100-300 мг/сут

Коррекция нарушений функции  
 паращитовидных желез, мине-  
 ральных и костных нарушений,  
 ассоциированных с хронической  
 болезнью почек (ХБП):  
 - средства на основе кальция (как  
 фосфат-связывающие препараты

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>и/или для коррекции гипокальциемии): кальция карбонат 1-3 г элементарного кальция в сутки</p> <p>- витамин Д и его аналоги: эргокальциферол или холекальциферол 600-2000 МЕ / сут.</p> <p>Назначение и мониторинг заместительной почечной терапии, решение вопроса о трансплантации проводится врачом-нефрологом</p>		
РеспУ	<p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение содержания гликированного гемоглобина (далее НвА1с) с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Измерение уровня АД</p>	<p>Не менее 1 раз в сутки</p> <p>1 раз в 6 месяцев</p> <p>При каждом посещении врача и самоконтроль ежедневно</p> <p>1 раз в год</p>	<p>Общий анализ крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>Исследование уровня кетоновых тел в моче</p> <p>Биохимическое исследование крови:</p> <p>креатинин с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта, общий белок, альбумин, общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, общий билирубин, АсАТ,</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни:</p> <p>- рациональное питание с ограничением поваренной соли до 3 г в сутки, белка до 0,7-1 г/кг в сутки, калия до 2,4 г в сутки, фосфатов до 0,8-1,0 г в сутки</p> <p>- адекватная физическая нагрузка (например, 30 минут ежедневной ходьбы);</p> <p>- отказ от курения</p> <p>Медикаментозная терапия в зависимости от типа сахарного диабета:</p> <p>При ИЗСД (Е10.2), других уточненных формах сахарного диабета (Е13.2) – базис-болюсный ре-</p>			<p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация (целевой уровень НвА1с менее 6,5-7,5% в зависимости от ожидаемой про-</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>АлАТ, сывороточное железо, ЖСС, трансферрин, ферритин, кальций общий, кальций ионизированный, калий, натрий, фосфор, щелочная фосфатаза.</p> <p>Определение суточной потери белка с мочой (альбуминурии или протеинурии в зависимости от стадии ДН)</p> <p>Гормональное исследование крови: определение уровня ПТГ</p> <p>Определение в крови концентрации 25-ОН-витамина Д</p> <p>Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS</p> <p>ЭКГ</p> <p>УЗИ почек</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>УЗИ области шеи</p> <p>Сцинтиграфия паращитовидных желез</p>	<p>жим инсулинотерапии; при ИНСД (E11.2), других уточненных формах сахарного диабета (E13.2) – пероральные гипогликемические средства:</p> <p>- производные сульфонилмочевины:</p> <p>глибенкламид 2,5-20 мг/сут, гликлазид MR 30-120 мг/сут или гликвидон 15–120 мг/сут и/или - тиазолидиндионы:</p> <p>пиоглитазон 15-30 мг/сут</p> <p>При снижении рСКФ ниже 30 мл/мин показана отмена пероральных гипогликемических средств и перевод на базис-болюсный режим инсулинотерапии</p> <p>Профилактика прогрессии диабетической нефропатии: - средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему) внутрь:</p> <p>лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут</p> <p>Коррекция артериальной гипер-</p>	<p>должительно-сти жизни при отсуствии тяжелых гипогликемий)</p>	

1	2	3	4	5	6	7	8
				Консультация врачей: уролога, акушера-гинеколога, терапевта, хирурга, невролога.	<p>тензии (целевой уровень АД менее 130/80 мм рт. ст., для лиц с протеинурией более 1 г в сутки - менее 125/75 мм рт. ст.):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (монотерапия или как компонент комбинированной терапии) внутрь: каптоприл 25-100 мг в сут или лизиноприл 5-20 мг/сут или эналаприл 5-20 мг/сут или периндоприл 2-8 мг/сут или рамиприл 5-10 мг/сут или лозартан 50-100 мг/сут</li> </ul>		
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- мочегонные средства (компонент комбинированной терапии и при отежном синдроме) внутрь: индапамид 2,5-5 мг/сут или спиронолактон 12,5 -50 мг/сут или гидрохлортиазид 25 -100 мг/сут и/или фуросемид 40-120 мг/сут</li> </ul>		
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- блокаторы кальциевых каналов (компонент комбинированной терапии) внутрь: амлодипин 2,5-10 мг/сут или дилтиазем 120-360 мг/сут или верапамил 120-240 мг/сут или</li> </ul>		
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\beta</math>-адреноблокаторы (компонент</li> </ul>		

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

комбинированной терапии)

внутри:

карведилол 6,25 - 100 мг/сут или

Гиполипидемические средства  
при нарушении липидного обмена:

аторвастатин 10 – 40 мг/сут или/и  
фенофибрат 145 мг/сут

Антитромботические средства:

ацетилсалициловая кислота 75-  
150 мг/сут или

клопидогрель 75 мг/сут или тик-  
лопидин 250-500 мг/сут

Коррекция уремической инток-  
сикации:

- кишечные адсорбенты курсами  
по 1 нед в месяц: уголь активи-  
рованный внутрь по 500 мг 2-3  
раза в сутки в течение 2-3  
недель;

- цинара по 2 таблетки 3 раза в  
сутки курсами по 1 месяцу 3-4  
раза в год

Коррекция анемии:

препараты железа 100-300 мг/сут

Коррекция нарушений функции

1	2	3	4	5	6	7	8
Синдром диабетической стопы: нейропатическая форма с язвой стопы	РУ	<p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Осмотр стоп</p>	<p>Не менее 1 раз в сутки</p> <p>1 раз в 6 месяцев</p> <p>1 раз в год</p> <p>При верификации диа-</p>	<p>Общий анализ мочи</p> <p>Определение содержания кетоновых тел в моче</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин (с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-</p>	<p>парацитовидных желез, минеральных и костных нарушений, ассоциированных с ХБП:</p> <p>- средства на основе кальция (как фосфат-связывающие препараты и/или для коррекции гипокальциемии): кальция карбонат 1-3 г элементарного кальция в сутки</p> <p>- витамин Д и его аналоги: эргокальциферол или холекальциферол 600-2000 МЕ / сутки</p> <p>Назначение и мониторинг заместительной почечной терапии, решение вопроса о трансплантации проводится врачом-нефрологом</p> <p>Обучение в «Школе диабета» (уход за стопой, подбор обуви)</p> <p>Изменение образа жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рациональное питание;</li> <li>- отказ от курения</li> </ul> <p>Компенсация сахарного диабета с достижением целевых значений гликемии (назначение инсулина), АД, липидов</p> <p>Функциональная разгрузка пораженной конечности</p>	<p>Постоянно</p> <p>3-6 меся-</p>	<p>Выздоровление</p> <p>Стабилизация состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		Консультация врача-хирурга	гноза, далее по показаниям При верификации диагноза, далее по показаниям	Голта) Рентгенография стопы в двух проекциях	Консультация врача кабинета «Диабетическая стопа» для определения тактики лечения  Госпитализация (по показаниям)	цев	
ОУ	Самоконтроль уровня гликемии  Консультация врача кабинета «Диабетическая стопа»	Не менее 1 раз в сутки  При верификации диагноза, далее по показаниям, но не менее 1 раз в год	Общий анализ крови Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4% Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин (с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта),	Обучение в «Школе диабета» (уход за стопой, подбор обуви) Изменение образа жизни: - рациональное питание; - отказ от курения  Компенсация сахарного диабета с достижением целевых значений гликемии (назначение инсулина), АД, липидов  Функциональная разгрузка пораженной конечности Первичная обработка раневого дефекта Перевязки с применением атравматических перевязочных средств Системная антибиотикотерапия в зависимости от глубины раневого процесса Лечение болевого синдрома:	Постоянно  ь  3-6 месяцев	Выздоровление Стабилизация состояния	



1	2	3	4	5	6	7	8
			гноза, далее по показаниям	формуле Кокрофта-Голта) КТ (МРТ) пораженной стопы	Консультация врача кабинета «Диабетическая стопа» для определения тактики лечения	месяцев	
	Осмотр стоп		При верификации диагноза, далее по показаниям	Консультация врача-невролога	Госпитализация (по показаниям)		
	Рентгенография стопы и голеностопного сустава в двух проекциях		При верификации диагноза, далее по показаниям				
	Консультация врача-хирурга		При верификации диагноза, далее по показаниям				
ОУ	Самоконтроль уровня гликемии		Не менее 1 раз в сутки	Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови	Обучение в «Школе диабета» (уход за стопой, подбор обуви)	Постоянно	Выздоровление
	Общий анализ крови		При верификации диагноза, далее по показаниям	Определение содержания гликированного гемоглобина (далее НвА1с) с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%	Изменение образа жизни: - рациональное питание; - отказ от курения		Стабилизация состояния
	КТ (МРТ) пораженной стопы		При верификации диагноза для		Компенсация сахарного диабета с достижением целевых значений гликемии (назначение инсулина), АД, липидов		

1	2	3	4	5	6	7	8
		Консультация врача кабинета «Диабетическая стопа»	рентгеннегативных стадий При верификации диагноза, далее по показаниям, но не менее 1 раз в год	Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин (с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта), кальций общий, кальций ионизированный, калий, натрий Общий анализ мочи Определение содержания кетоновых тел в моче Гормональное исследование крови: ПТГ, остеокальцин, $\beta$ -кросслапс. Двойная рентгеновская абсорбциометрия УЗИ сосудов нижних конечностей Консультация врачей: ортопеда-травматолога, ревматолога, паллиативной	Функциональная разгрузка пораженной конечности Средства на основе кальция внутрь: кальция карбонат 1000 мг/сут холекальциферол 400-800 МЕ в сутки Средства, влияющие на минерализацию костей внутрь: алендроновая кислота 70 мг в неделю Госпитализация (по показаниям)	6-12 месяцев	

1	2	3	4	5	6	7	8
				службы			
Синдром диабетической стопы: нейроишемическая форма	РУ	<p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение содержания гликированного гемоглобина с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, АсАТ, АлАТ, креатинин (с расчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта)</p> <p>Осмотр стоп</p> <p>Консультация врача-хирурга</p> <p>Консультация врача</p>	<p>Не менее 1 раз в сутки</p> <p>1 раз в 6 месяцев</p> <p>1 раз в год</p> <p>1 раз в год</p> <p>При выявлении, далее-по показаниям</p> <p>При выявлении, далее-по показаниям</p> <p>При выявлении</p>	<p>Общий анализ мочи</p> <p>Определение содержания кетоновых тел в моче</p> <p>Коагулограмма</p> <p>УЗИ сосудов нижних конечностей</p> <p>Рентгенография стопы в двух проекциях</p> <p>Консультация врачей: невролога, терапевта.</p>	<p>Обучение в «Школе диабета» (уход за стопой, подбор обуви).</p> <p>Изменение образа жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рациональное питание;</li> <li>- отказ от курения</li> </ul> <p>Компенсация сахарного диабета с достижением целевых значений гликемии (назначение инсулина), АД, липидов</p> <p>Антитромботические средства:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут или тиклопидин 250-500 мг/сут</li> </ul> <p>Функциональная разгрузка пораженной конечности</p> <p>Консультация врача кабинета «Диабетическая стопа» для определения тактики лечения</p> <p>Госпитализация (по показаниям)</p>	<p>Постоянно</p> <p>3-6 месяцев</p>	<p>Выздоровление</p> <p>Стабилизация состояния</p>



1	2	3	4	5	6	7	8
				Бактериологическое исследование отделяемого раневого дефекта	Системная антибиотикотерапия в зависимости от глубины раневого процесса Лечение болевого синдрома: - антидепрессанты: амитриптилин 25-150 мг/сут или флуоксетин 20-80 мг/сут или пароксетин 20-60 мг/сут или эсциталопрам 10-20 мг/сут - и/или противосудорожные: карбамазепин 200-800 мг/сут - опиоиды: трамадол 100-400 мг/сут Госпитализация (по показаниям)		
				КТ (МРТ) пораженной стопы			
				Консультация врача паллиативной службы			
Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью (E01.0)	РУ	Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов	1 раз в год  2 раза в год в течение 1-го года, далее – 1 раз в год	Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ (при выявлении, далее - по медицинским показаниям) АТ к ТПО (при выявлении однократно) Наблюдение врача-эндокринолога в период беременности.	Лекарственные средства, содержащие йод: калия йодид внутрь – 200 мкг/сут для лиц в возрасте до 45 лет. При нарушении функции щитовидной железы лечение проводится согласно соответствующему разделу настоящих протоколов Консультация на ОУ (по показаниям)	По показателям не менее года	Уменьшение размеров зоба, выздоровление
Нетоксический диффузный зоб (E04.0)							
Другие уточненные формы нетокси-							

1	2	3	4	5	6	7	8
ческого							
зоба (E04.8)	ОУ	Пальпация щитовидной железы	1 раз в год	Гормональное исследование крови высокочувствительным методом:	Коррекция проводимого лечения	По	Уменьшение
Дисгормональный зоб (E07.1)		УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов	1 раз в год	ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО	Лекарственные средства, содержащие йод: калия йодид внутрь – 200 мкг/сут для лиц в возрасте до 45 лет.	зани- менее	разме- ров зо- ба, вы- здоров- ление
Зоб (эндемический), связанный с йодной недостаточностью, неуточненный (E01.2)				КТ за грудиной области	При нарушении функции щитовидной железы лечение проводится согласно соответствующему разделу настоящих протоколов	года	
Нетоксический зоб неуточненный (E04.9)					Консультация на Респ. У (по показаниям)		
	Респ. У	УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов с доплерографией	1 раз в год	Гормональное исследование крови высокочувствительным методом : ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО	Коррекция проводимого лечения	По	Уменьшение
				КТ за грудиной области	Лекарственные средства, содержащие йод: калия йодид внутрь – 200 мкг/сут для лиц в возрасте до 45 лет.	зани- менее	разме- ров зо- ба, вы- здоров- ление
				Сцинтиграфия щитовидной железы	При нарушении функции щитовидной железы лечение проводится согласно соответствующему разделу настоящих протоколов	года	
				Консультация врача-			



1	2	3	4	5	6	7	8
			показаниям	хирурга Консультация врача-онколога	Консультация на Респ. У (по показаниям)		
РеспУ	УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов с доплерографией	1 раз в год	ТПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , св.Т <sub>3</sub> , АТ к ТПО, кальцитонин Сцинтиграфия щитовидной железы КТ /МРТ грудной области Консультация врача-хирурга Консультация врача-онколога	Хирургическое лечение по показаниям Супрессивная терапия: левотироксин натрия внутрь под контролем ТТГ для лиц в возрасте до 45 лет.	По показаниям не менее года	Уменьшение размеров зоны, выздоровление	

1	2	3	4	5	6	7	8
Гипотиреоз (E02, E03, E89.0)	РУ	Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов	1 раз в год  1 раз при выявлении, далее - по медицинским показаниям 1 раз в год	Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св.Т <sub>4</sub> Биохимическое исследование крови: глюкоза, холестерин, триглицериды, креатинин	Заместительная терапия: Левотироксин натрия внутрь: -1,6-1,8 мкг/кг/сут. Консультация на ОУ (в период беременности и по показаниям)	Постоянная заместительная терапия	Медикаментозная компенсация функции
		Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ	при выявлении, по достижении компенсации функции – 1 раз в год	Консультация врача-терапевта			
		АТ к ТПО	1 раз при выявлении, далее – по медицинским показаниям				
	ОУ			Общий анализ крови Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО Биохимическое исследование крови: глюкоза, креатинин,	Заместительная терапия: Левотироксин натрия внутрь: -1,6-1,8 мкг/кг/сут; В период беременности коррекция дозы левотироксина натрия проводится под контролем св. Т <sub>4</sub> 1 раз в 4-8 недель, ТТГ - 1 раз в 8-12 недель Консультация на Респ. У (по по-	Постоянная заместительная терапия	Медикаментозная компенсация функции

1	2	3	4	5	6	7	8
				липидограмма, АлАТ, АсАТ УЗИ щитовидной железы и региональ- ных л/узлов Консультация вра- чей: акушера- гинеколога, офтальмолога, кардиолога, невролога	казаниям)		
	Респ. У			Гормональное иссле- дование крови высо- кочувствительным методом: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , АТ кТПО пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогесте- рон, тестостерон Биохимическое ис- следование крови: глюкоза, общий бе- лок, АлАТ, АсАТ, креатинин, липидо- грамма, железо, ОЖСС, трансферрин, ферритин УЗИ щитовидной железы и региональ- ных л/узлов	Коррекция заместительной тера- пии: Левотироксин натрия внутрь: -1,6-1,8 мкг/кг/сут. В период беременности коррек- ция дозы левотироксина натрия проводится под контролем св. Т <sub>4</sub> 1 раз в 4-8 недель, ТТГ - 1 раз в 8-12 недель	Посто- сто- янная заме- сти- тель- ная тера- пия	Меди- камен- тозная ком- пенса- ция функ- ции

1	2	3	4	5	6	7	8
Тиреотоксикоз [гипертиреоз] (E05)	РУ	Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов Общий анализ крови Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, креатинин ЭКГ Консультация врачей: офтальмолога, акушера-гинеколога, Консультация на ОУ	1 раз при выявлении, далее-по медицинским показаниям	Двойная рентгеновская абсорбциометрия Консультация врачей: акушера-гинеколога, офтальмолога, невролога, гематолога УЗИ органов малого таза Консультация врача-терапевта	Тиреостатические лекарственные средства: тиамазол внутрь 30 мг/сут β-адреноблокаторы внутрь: пропранолол 20-120 мг/сут или атеналол 50-100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут или метопролол 25- 100 мг/сут или карведилол 6,25-25 мг/сут или соталол 80-160 мг/сут	1,5-2 года	Медицинская компенсация Ремиссия Реклассификация диагностика

1	2	3	4	5	6	7	8
	ОУ	Общий анализ крови	1 раз в 10 дней до нормализации функции, далее 1 раз в 3 месяца при выявлении, далее 1 раз в 3 месяца	Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий билирубин, ЩФ, АлАТ, АсАТ, креатинин, кальций общий, кальций ионизированный, калий	Коррекция проводимого лечения Тиреостатические лекарственные средства: тиамазол внутрь 5-40 мг/сут (при беременности - до 20 мг/сут) β-адреноблокаторы внутрь: пропранолол 20-120 мг/сут или атеналол 50-100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут или метопролол 25- 100 мг/сут или карведилол 6,25-25 мг/сут или соталол 80-160 мг/сут Левотироксин натрия 25-100 мкг/сут (по показаниям)	1,5-2 года	Ремиссия Реклассификация диагноза
		Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ св. Т <sub>4</sub>	1 раз в месяц до достижения компенсации, далее 1 раз в 3 месяца	Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т <sub>3</sub> , антитела к рецептору ТТГ (далее - АТ р ТТГ)	Определение показаний для хирургического лечения		
		УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов с доплерографией	через 6 месяцев после выявления, далее-по показаниям	КТ за грудиной области Сцинтиграфия щитовидной железы КТ орбит	Консультация на Респ. У (по показаниям)		
		Консультация врача-офтальмолога	1 раз при выявлении, далее-по медицинским показаниям	Консультация врачей: хирурга, кардиолога			
	РеспУ			Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , св. Т <sub>3</sub> , АТ к ТПО,	Коррекция проводимого лечения Тиреостатические лекарственные средства: тиамазол внутрь 5-40 мг/сут. β-адреноблокаторы внутрь:	1,5-2 года	Ремиссия Реклассификация

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>АТрТТГ  Биохимическое исследование крови:  кальций общий,  кальций ионизированный, калий, фосфор  Сцинтиграфия щитовидной железы  ПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ  КТ загрудинной области  КТ орбит  МРТ области гипофиза  Двойная рентгеновская абсорбциометрия  Консультация врачей: офтальмолога, хирурга, кардиолога, невролога</p>	<p>пропранолол 20-120 мг/сут или  атеналол 50-100 мг/сут или  бисопролол 2,5-10 мг/сут или  меторолол 25- 100 мг/сут или  карведилол 6,25-25 мг/сут или  соталол 80-160 мг/сут  Левотироксин натрия 25-100 мкг/сут (по показаниям)   По показаниям-  глюкокортикоидные средства (далее - ГКС): преднизолон  внутри 0,5-1 мг/кг/сут  или метилпреднизолон в/в капельно в виде пульс-терапии 0,5-1 мг/кг/сут № 3-5 или внутри 0,5-1 мг/кг/сут с последующим снижением дозы ГКС до полной отмены   Определение показаний для хирургического лечения щитовидной железы и радио-йодотерапии   Определение показаний для лучевой терапии на параорбитальную область и показаний для хирургического лечения при выраженной АИО в неактивной стадии</p>	<p>диагно- за</p>	

1	2	3	4	5	6	7	8
Острый тиреоидит (E06.0)	РУ	<p>Осмотр передней поверхности шеи</p> <p>Пальпация щитовидной железы (размеры и наличие болезненности)</p> <p>Анализ крови развернутый</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов</p> <p>Термометрия</p> <p>Консультация врача-хирурга</p>	При выявлении, далее по показаниям	Консультация врача-оториноларинголога	Госпитализация в хирургический стационар ОУ	14-21 день	Выздоровление
	ОУ	<p>Пальпация щитовидной железы (размеры и наличие болезненности)</p> <p>Термометрия</p>	При выявлении, далее по показаниям	<p>Анализ крови развернутый</p> <p>Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т<sub>4</sub>, ТТГ, АТ к ТПО</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов</p> <p>Консультация врача-хирурга</p> <p>Сцинтиграфия щито-</p>	Госпитализация в хирургический стационар ОУ	14-21 день	Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
				видной железы и области шеи Консультация врачей: хирурга, оториноларинголога			
	РеспУ	Пальпация щитовидной железы (размеры и наличие болезненности) Термометрия	При выявлении, далее по показаниям	Анализ крови развернутый Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т <sub>4</sub> , св. Т <sub>3</sub> , ТТГ, АТ к ТПО УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов КТ области шеи и грудного пространства Консультация врачей: хирурга, оториноларинголога	Госпитализация в хирургический стационар ОУ	14-21 день	Выздоровление
Подострый тиреоидит (E06.1)	РУ	Пальпация щитовидной железы (размеры и наличие болезненности) Общий анализ крови УЗИ щитовидной железы и региональных	При выявлении, далее по показаниям  1 раз в 10 дней до купирования воспаления	Консультация врачей: оториноларинголога, терапевта, ВКК (определение длительности случая ВН)	Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства внутрь: диклофенак 50-150 мг/сут или ибупрофен 0,8-1,2 г/сут под контролем СОЭ Преднизолон внутрь 20-40 мг/сут или метилпреднизолон 16-64 мг/сут в течение 2-3 недель с по-	До ликвидации воспаления	Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8	
		ных л/узлов Термометрия ЭКГ Консультация на ОУ				следующим постепенным снижением дозы (под контролем СОЭ) Консультация на ОУ (при отсутствии эффекта)	процесса до 6 месяцев	
	ОУ	Общий анализ крови  УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов с доплерографией	По показаниям	Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т <sub>4</sub> , ТТГ, АТ к ТПО ПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ Сцинтиграфия щитовидной железы, области шеи Консультация врачей: оториноларинголога, хирурга	Преднизолон внутрь 30-40 или метилпреднизолон 24-64 мг/сут в течение 2-3 недель с последующим постепенным снижением дозы под контролем СОЭ Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства внутрь: диклофенак 50-150 мг/сут или мелоксикам 7,5-15 мг/сут или ибупрофен 600 мг/сут или нимесулид 100-200 мг/сут под контролем СОЭ (при рецидивирующем течении) Консультация на Респ. У (при отсутствии эффекта лечения)	До ликвидации воспалительного процесса до 6 мес.	Выздоровление	
	РеспУ			Общий анализ крови Сцинтиграфия щитовидной железы, области шеи Гормональное исследование крови высокочувствительным	Коррекция проводимого лечения Метилпреднизолон 24-64 мг/сут или преднизолон внутрь 30-40 мг/сут в течение 2-3 недель с последующим постепенным снижением дозы под контролем СОЭ	До ликвидации воспалитель-	Выздоровление	

1	2	3	4	5	6	7	8
				методом: св. Т <sub>4</sub> ; св. Т <sub>3</sub> , ТТГ, АТкТПО АТрТТГ ПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ Консультация врачей: оториноларинголога, хирурга, невролога	Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства внутри: диклофенак 50-150 мг/сут или мелоксикам 7,5-15 мг/сут или ибупрофен 600 мг/сут или нимесулид 100-200 мг/сут под контролем СОЭ (при рецидивирующем течении)  Определение показаний для хирургического лечения при рецидивировании заболевания	ного про- цесса до 6 мес.	
Тиреоидит (E06.3 E06.2)	РУ	Пальпация щитовидной железы (размеры и наличие болезненности) Общий анализ крови  УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов Гормональное исследование высокочувствительным методом: ТТГ, АТкТПО	При выявлении, далее по показаниям	Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т <sub>4</sub>  Консультация врачей: оториноларинголога, офтальмолога, терапевта	При сохраненной функции щитовидной железы лечение не проводится В стадии тиреотоксикоза лечение согласно соответствующего раздела настоящих протоколов  В стадии гипотиреоза лечение согласно соответствующего раздела настоящих протоколов Консультация на ОУ (по показаниям)	Посто- сто- янно	Ремис- сия Реклас- сифи- кация диагно- за
	ОУ			Гормональное исследование крови высо-	При сохраненной функции щитовидной железы лечение не	Посто- сто-	Ремис- сия

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>кочувствительным методом: св. Т<sub>3</sub>, св.Т<sub>4</sub>, ТТГ, АТкТПО, Биохимическое исследование крови: общий билирубин, креатинин, глюкоза, АсАТ, АлАТ, холестерин, триглицериды УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов ПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ Сцинтиграфия щитовидной железы КТ орбит Консультация врачей: офтальмолога, оториноларинголога, кардиолога, хирурга</p>	<p>проводится Коррекция проводимого лечения в зависимости от функционально состояния щитовидной железы: В стадии тиреотоксикоза лечение согласно соответствующего раздела настоящих протоколов В стадии гипотиреоза лечение согласно соответствующего раздела настоящих протоколов При компрессии органов шеи определение показаний для хирургического лечения  Консультация на Респ. У (по показаниям)</p>	янно	Реклассификация диагноза
	РеспУ			<p>Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т<sub>3</sub>, св. Т<sub>4</sub>, ТТГ, АТкТПО АТрТТГ УЗИ щитовидной</p>	<p>При сохраненной функции щитовидной железы лечение не проводится Коррекция проводимого лечения в зависимости от функционально состояния щитовидной железы: В стадии тиреотоксикоза лечение</p>	Посто-сто-янно	Ремиссия Реклассификация диагноза

1	2	3	4	5	6	7	8	
				<p>железы и региональных л/узлов с доплерографией</p> <p>ПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ</p> <p>Сцинтиграфия щитовидной железы</p> <p>КТ орбит</p> <p>КТ загрудинного пространства</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога, хирурга</p>		<p>согласно соответствующего раздела настоящих протоколов</p> <p>В стадии гипотиреоза лечение согласно соответствующего раздела настоящих протоколов</p> <p>При компрессии органов шеи определение показаний для хирургического лечения</p>		
Послеродовый РУ тиреоидит (O90.5)	<p>Пальпация щитовидной железы</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов</p> <p>Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ, АТ к ТПО</p>	При выявлении, далее по показаниям	Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св.Т <sub>4</sub>	<p>В стадии тиреотоксикоза: β-адреноблокаторы внутрь: пропранолол 20-120 мг/сут или атеналол 50-100 мг/сут или бисопролол 2,5-10 мг/сут или метопролол 25- 100 мг/сут или карведилол 6,25-25 мг/сут или соталол 80-160 мг/сут.</p> <p>Лечение проводится под контролем АД, пульса, св. Т<sub>4</sub>, ТТГ</p> <p>В стадии гипотиреоза: заместительная терапия: левотироксин натрия внутрь: 1,6-1,8 мкг/кг/сут с отменой через 12 месяцев; при наличии стойкого гипотиреоза лечение согласно соответствующему</p>	<p>Не менее 12 месяцев</p>	<p>Выздоровление</p> <p>Реклассификация</p> <p>диагноза</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
					щего раздела настоящих протоколов		
					Консультация на ОУ (по показаниям)		
	ОУ			УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т <sub>3</sub> , св. Т <sub>4</sub> , ТТГ, АТ к ТПО Сцинтиграфия щитовидной железы Консультация врача-офтальмолога	Коррекция проводимого лечения в зависимости от функционального состояния щитовидной железы: В стадии тиреотоксикоза или гипотиреоза лечение согласно соответствующего раздела настоящих протоколов	Не менее 12 месяцев	Выздоровление Реклассификация диагноза
Болезнь Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения (E24.0)  Периферический гиперкортицизм Другие виды гиперсекре-	РУ	Общий анализ крови Определение уровня глюкозы в крови Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, мочевины, кальций, натрий, калий, щелочная фосфатаза ЭКГ Общий анализ мочи	При верификации диагноза, далее – по показаниям	УЗИ органов брюшной полости ФГДС Гормональное исследование крови: кортизол КТ области надпочечников Р-графия позвоночника Консультация врача-офтальмолога	Симптоматическая терапия: - антигипертензивные средства внутрь (эналаприл 5-20 мг/сут или лизиноприл 10-20 мг/сут; дилтиазем 180-240 мг/сут или верапамил 80-160 мг/сут; атеналол 50-100 мг/сут или бисопролол 5-10 мг/сут под контролем АД) - сахароснижающие средства (метформин 1500-2000 мг/сут, глибенкламид 5-15 мг/сут,	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>ции коры надпочечников (E27.0) (АКТГ-эктопированный синдром гиперкортицизма)</p> <p>Другие уточненные нарушения надпочечников (E27.8)</p> <p>Болезнь надпочечников неуточненная (E27.9)</p>	ОУ	<p>Биохимическое исследование крови: липидограмма, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза</p> <p>Гормональное исследование крови: кортизол, ФСГ, ЛГ, пролактин,</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>УЗИ органов малого таза</p> <p>Костная денситометрия</p> <p>МРТ области гипофиза</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Консультация врача-невролога</p>	<p>гликлазид 30-120 мг/сут, гликвидон 30-120 мг/сут и/или инсулинотерапия под контролем уровня гликемии, гликированных белков)</p> <p>- лечение остеопороза: комбинированные препараты кальция (500-2000 мг/сут) и витамина Д<sub>3</sub> (200-1200 МЕ/сут) внутрь</p> <p>- бисфосфонаты: алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю</p> <p>Консультация на ОУ или Респ.У</p>	<p>Посто-сто-янно</p>	<p>Улучшение состояния</p> <p>Стабилизация</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>эстрадиол, прогестерон, тестостерон Консультация врача-офтальмолога, акушера-гинеколога (уролога)</p>			<p>глибенкламид 5-15 мг/сут, гликлазид 30-120 мг/сут, гликвидон 30-120 мг/сут и/или инсулинотерапия под контролем уровня гликемии, гликированных белков) - лечение остеопороза: комбинированные препараты кальция (500-2000 мг/сут) и витамина Д<sub>3</sub> (200-1200 МЕ/сут) внутрь - бисфосфонаты: алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю Консультация на Респ. У</p>		
РеспУ	Суточный анализ мочи на свободный кортизол (двукратно) или свободный кортизол в слюне (двукратно) или малая дексаметазоновая проба (1 мг, 2 мг дексаметазона) МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием) Биохимическое исследование крови: липидограмма, кальций общий, кальций	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Циркадный ритм секреции кортизола Большая дексаметазоновая проба КТ области надпочечников Анализ крови на содержание гликированного гемоглобина (далее - HbA1c) Гормональное исследование крови: 17-гидроксипрогестерон (далее - 17-ОПГ) Консультация врачей: акушера-	Агонисты дофаминовых рецепторов – бромокриптин 2,5-7,5 мг/сут или каберголин 0,5-4,5 мг/нед. Ингибиторы стероидогенеза: низорал 400-1200 мг/сут Калийсберегающие диуретики (спиронолактон 100-200 мг/сут внутрь) Симптоматическая терапия: Симптоматическая терапия: - антигипертензивные средства внутрь (эналаприл 5-20 мг/сут или лизиноприл 10-20 мг/сут; дилтиазем 180-240 мг/сут или верапамил 80-160 мг/сут; атеналол 50-100 мг/сут или бисо-		Посто- сто- янно	Улуч- шение состоя- ния Стаби- лизация

1	2	3	4	5	6	7	8	
		ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза Гормональное исследование крови: определение уровня адренкортикотропного гормона (далее- АКТГ), альдостерона, дигидроэпиандростерона (далее - ДГЭА), ЛГ, ФСГ, пролактина, прогестерона и эстрадиола по фазам цикла Консультация врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога		гинеколога, радиолога УЗИ органов малого таза		пролол 5-10 мг/сут под контролем АД) - сахароснижающие средства (метформин 1500-2000 мг/сут, глибенкламид 5-15 мг/сут, гликлазид 30-120 мг/сут, гликвидон 30-120 мг/сут и/или инсулинотерапия под контролем уровня гликемии, гликированных белков) - лечение остеопороза: комбинированные препараты кальция (500-2000 мг/сут) и витамина Д <sub>3</sub> (200-1200 МЕ/сут) внутрь - бисфосфонаты: алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю; золендроновая кислота 5 мг 1 раз в год Определение показаний для лучевой терапии на область гипофиза Определение показаний для хирургического лечения		
Гиперпролактинемия (E22.1)	РУ	УЗИ органов малого таза Консультация врача-акушера-гинеколога Консультация врача-офтальмолога Биохимическое ис-	При верификации диагноза, далее – по показаниям	ЭКГ Гормональное исследование крови: пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол	Медикаментозная терапия: Агонисты дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут внутрь или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю Консультация на ОУ или Респ.У	Постоянно до выздоровления	Компенсация функции или выздоровления	

1	2	3	4	5	6	7	8
(E22.9)		следование крови: общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин, глюкоза, холестерин, триглицериды		УЗИ щитовидной железы и региональ- ных л/узлов КТ (МРТ) области гипофиза			ние
	ОУ	Гормональное иссле- дование крови: про- лактин, ФСГ, ЛГ, те- стостерон, эстрадиол, прогестерон, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол Биохимический ана- лиз крови: липидо- грамма КТ (МРТ) области гипофиза (по показа- ниям с контрастиро- ванием) Консультация вра- чей: офтальмолога (глазное дно, поля зрения), акушера- гинеколога (уролога)	При верифи- кации диа- гноза, далее – по показани- ям	Биохимическое ис- следование крови: общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин, глюкоза, кальций ионизированный, щелочная фосфатаза УЗИ щитовидной железы и региональ- ных л/узлов УЗИ органов малого таза УЗИ молочных желез ЭХО-кардиография Костная денситомет- рия	Агонисты дофамина: бромо- криптин 2,5-10 мг/сут или кабер- голин 0,5-4,5 мг в неделю. Консультация на Респ. У	Посто- сто- янно до вы- здо- ров- ления	Ком- пенса- ция функ- ции или выздо- ровле- ние
	РеспУ	Гормональное иссле- дование крови: про- лактин. МРТ области гипо- физа (по показаниям с контрастировани-	При верифи- кации диа- гноза, далее – по показани- ям	Гормональное иссле- дование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол, АКТГ, инсулинопод- обный фактор ро- ста-1 (далее-ИФР-1),	Медикаментозная терапия аго- нистами дофамина: бромо- криптин 2,5-10 мг/сут или кабер- голин 0,5-4,5 мг в неделю. Определение показаний для нейрохирургического лечения	Посто- сто- янно до вы- здо- ров-	Ком- пенса- ция функ- ции или выздо-

1	2	3	4	5	6	7	8
		ем) Консультация врачей: офтальмолога (компьютерная периметрия), акушера-гинеколога		СТГ, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, макропролактин УЗИ органов малого таза Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, креатинин, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза Двойная рентгеновская абсорбциометрия.	или определение показаний для лучевой терапии	ления	ровление
Акромегалия и гипофизарный гигантизм (E22.0)	РУ	Определение уровня глюкозы в крови ЭКГ Консультация врача-офтальмолога Измерение АД при каждом визите, самоконтроль АД	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: общий белок, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинин, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза ПТТГ Гормональное исследование крови: пролактин, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол, ФСГ, ЛГ,	Медикаментозная терапия: Агонисты дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут внутрь или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю Консультация на ОУ или Респ.У	Постоянно до выздоровления	Компенсация функции или выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>тестостерон, эстрадиол, прогестерон УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов УЗИ органов брюшной полости УЗИ органов малого таза КТ (МРТ) области гипофиза Консультация врача-акушера-гинеколога</p>			
ОУ	<p>КТ (МРТ) области гипофиза (по показаниям с контрастированием) Консультация врачей: офтальмолога (глазное дно, поля зрения), акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>ПТТГ ЭКГ Биохимическое исследование крови: кальций ионизированный, щелочная фосфатаза Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, кортизол, пролактин УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов УЗИ органов брюшной полости УЗИ органов малого</p>	<p>Агонисты дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю Консультация на Респ. У</p>	<p>Постоянно до выздоровления</p>	<p>Компенсация функции или выздоровление</p>	

1	2	3	4	5	6	7	8
				таза УЗИ молочных желез ЭХО-кардиография Костная денситометрия			
РеспУ	Гормональное исследование крови: АКТГ, ИРФ-1, СТГ МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием) Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, компьютерная периметрия).	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол, пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон. Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, креатинин, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза УЗИ органов малого таза Двойная рентгеновская абсорбциометрия Консультация врача-акушера-гинеколога	Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол, пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон. Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, креатинин, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза УЗИ органов малого таза Двойная рентгеновская абсорбциометрия Консультация врача-акушера-гинеколога	Медикаментозная терапия агонистами дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю. Определение показаний для нейрохирургического лечения, лучевой терапии, назначения аналогов соматостатина.	Постоянно до выздоровления	Компенсация функции или выздоровление
Синдром неадекватной секреции антидиуретиче-	РУ	Общий анализ мочи Суточный диурез с определением относительной плотности	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: кортизол, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> УЗИ внутренних ор-	Ограничение потребления жидкости до 800-1000 мл/сут При острой выраженной гипонатриемии назначают гиперто-	Постоянно	Улучшение состояния или

1	2	3	4	5	6	7	8	
ского гормона (E22.2)		мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, мочеви́на, калий, натрий ЭКГ Р-графия органов грудной полости Консультация врача-невролога	ям	ганов КТ (МРТ) головного мозга Консультация врачей: нефролога (уролога), психотерапевта		нический раствор хлорида натрия в сочетании с фуросемидом под контролем концентрации натрия - повышение со скоростью 0,5-1 ммоль/л/час до достижения концентрации 125 ммоль/л Консультация на ОУ или РеспУ		стабилизация
	ОУ	Суточный диурез с определением относительной плотности Осмолярность мочи Биохимическое исследование крови: калий, натрий, мочеви́на, креатинин. КТ (МРТ) головного мозга (по показаниям с контрастированием гипофиза). Консультация врача-нефролога (уролога) Консультация врача-психотерапевта	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, холестерин, креатинин, АлАТ, АсАТ Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол УЗИ внутренних органов КТ органов грудной полости, брюшной полости Консультация врачей: невролога, психиатра.		Ограничение потребления жидкости до 500-1000 мл/сут При острой выраженной гипонатриемии назначают гипертонический раствор хлорида натрия в сочетании с фуросемидом под контролем концентрации натрия - повышение со скоростью 0,5-1 ммоль/л/час до достижения концентрации 125 ммоль/л Консультация на Респ. У (по показаниям)	Постоянно	Улучшение состояния или стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
	Респ У	Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , альдостерон, кортизол, вазопрессин Диагностическая проба с водной нагрузкой	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: общий белок, холестерин, мочевины, креатинин, калий, натрий Осмолярность крови Осмолярность мочи МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием) РВГ УЗИ внутренних органов Консультация врачей: нефролога (уролога), невролога, психотерапевта.	Коррекция проводимого лечения При осторожной выраженной гипонатриемии назначают гипертонический раствор хлорида натрия в сочетании с фуросемидом под контролем концентрации натрия - повышение со скоростью 0,5-1 ммоль/л/час до достижения концентрации 125 ммоль/л	Постоянно	Улучшение состояния или стабилизация
Гипофункция и другие нарушения гипофиза (E23) Гипопитуитаризм, возникший после медицинских процедур	РУ	Определение уровня глюкозы в крови Общий анализ мочи Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол, ФСГ, ЛГ УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Соматограмма Общий анализ крови Анализ мочи по Зимницкому Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, креатинин, общий белок, холестерин, триглицериды, калий,	Лечение проводить по мере необходимости в соответствии с выраженностью нарушений функций эндокринной системы Заместительная терапия: - левотироксин в дозе 1,6-1,8 мкг на кг массы тела; - препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - орально 0,2-0,6 мг 2-3 раза/сут	Зависит от формы заболевания -	Улучшение самочувствия Компенсация функции

1	2	3	4	5	6	7	8	
(E89.3)		УЗИ органов малого таза Консультация врача-офтальмолога		натрий КТ (МРТ) области гипофиза ЭКГ Консультация врачей: оториноларинголога (обоняние), невролога, врача-акушера-гинеколога, уролога.		- глюкокортикоиды внутрь: гидрокортизон 20-30 мг/сут или преднизолон 5-15 мг/сут, или метилпреднизолон 4-16 мг/сут; - минералокортикоиды: флудрокортизон внутрь 20-200 мкг/сут под контролем АД, уровня электролитов (K, Na); - хорионический гонадотропин 500-2500 МЕ в/м 1-2 раза в нед.; - эстрогены, гестагены; - эфиры тестостерона 1 мл в/м 1 раз в 3 недели Консультация на ОУ или Респ. У		
	ОУ	Биохимическое исследование крови: глюкоза, креатинин, калий, натрий, АлАТ, АсАТ Гормональное исследование крови: пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , КТ (МРТ) области гипофиза (по показаниям с контрастированием) Консультация врачей: офтальмолога,	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Общий анализ крови Анализ мочи по Зимницкому Соматограмма УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов УЗИ органов малого таза (яичек) ЭКГ Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога) Консультация врачей: психотерапевта, генетика (кариотип).	Лечение проводить по мере необходимости в соответствии с выраженностью нарушений функций эндокринной системы Заместительная терапия: - левотироксин в дозе 1,6-1,8 мкг на кг массы тела; - препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - орально 0,2-0,6 мг 2-3 раза/сут - глюкокортикоиды внутрь: гидрокортизон 20-30 мг/сут или преднизолон 5-15 мг/сут, или метилпреднизолон 4-16 мг/сут; - минералокортикоиды: флудрокортизон внутрь 20-200 мкг/сут	Зависит от формы заболевания - левания - комбинация функций	Улучшение самочувствия Компенсация функций	

1	2	3	4	5	6	7	8
		оториноларинголога (обоняние), невролога.			под контролем АД, уровня электролитов (К, Na); - хорионический гонадотропин 500-2500 МЕ в/м 1-2 раза в неделю; - эстрогены, гестагены; - эфиры тестостерона 1 мл в/м 1 раз в 3 недели Консультация на Респ. У		
РеспУ	Гормональное исследование крови: пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, кортизол, АКТГ, СТГ, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , УЗИ органов малого таза (по показаниям: мониторинг созревания фолликула) МРТ области гипофиза (с контрастированием) Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, компьютерная периметрия) Консультация врачей: акушера-гинеколога, эндокри-	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин, липидограмма, электролиты кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза, калий, натрий Гормональное исследование крови: св. тестостерон, ИФР-I Св. кортизол в суточной моче Соматограмма УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов УЗИ предстательной железы	Лечение проводить по мере необходимости в соответствии с выраженностью нарушений функций эндокринной системы Заместительная терапия: - левотироксин в дозе 1,6-1,8 мкг на кг массы тела; -препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - орально 0,2-0,6 мг 2-3 раза/сут - глюкокортикоиды внутрь: гидрокортизон 20-30 мг/сут или преднизолон 5-15 мг/сут, или метилпреднизолон 4-16 мг/сут; - минералокортикоиды: флудрокортизон внутрь 20-200 мкг/сут под контролем АД, уровня электролитов (К, Na); - хорионический гонадотропин 500-2500 МЕ в/м 1-2 раза в неделю;	Зависит от формы заболевания - Улучшение самочувствия Компенсация функции		

1	2	3	4	5	6	7	8
		нолога (уролога).		Двойная рентгеновская абсорбциометрия Консультация врача-нейрохирурга	- эстрогены, гестагены; - эфиры тестостерона 1 мл в/м 1 раз в 3 недели Консультация на Респ. У		
Несахарный диабет E 23.1, E89.3 (исключен нефрогенный несахарный диабет (N 25.1))	РУ	Определение уровня глюкозы в крови Общий анализ мочи Суточный диурез с определением относительной плотности мочи	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: креатинин, калий, натрий, щелочная фосфатаза Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол КТ (МРТ) области гипофиза Анализ мочи по Зимницкому ЭКГ Консультация врачей: оториноларинголога, невролога, офтальмолога.	Заместительная терапия: Препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - орально 0,2-0,6 мг 2-3 раза/сут Консультация на ОУ и/или Респ. У	Постоянно	Улучшение самочувствия Компенсация функции
	ОУ	Биохимическое исследование крови: калий, натрий КТ (МРТ) области гипофиза (по показаниям с контрастированием)	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Суточный диурез с определением относительной плотности мочи Анализ мочи по Зимницкому Гормональное исследование	Заместительная терапия: Препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - орально 0,2-0,6 мг 2-3 раза/сут Консультация на Респ. У	Постоянно	Улучшение самочувствия Компенсация

1	2	3	4	5	6	7	8
		Консультация врачей: офтальмолога, оториноларинголога, невролога.		дование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , АКТГ, СТГ УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов УЗИ органов малого таза (яичек) Консультация врача-психотерапевта			ция функ- ции
	РеспУ	МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием) Консультация врачей: офтальмолога, невролога.	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: калий, натрий Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, кортизол, АКТГ Консультация врача-нейрохирурга	Заместительная терапия: Препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - внутрь 0,2-0,6 мг 2-3 раза/сут	Посто- сто- янно	Улуч- шение самочув- ствия Ком- пенса- ция функ- ции
Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов (E25.0)	РУ	Общий анализ крови Биохимическое исследование крови: мочевины, калий, натрий, хлор Определение уровня глюкозы в крови УЗИ гонад (яичек)	1 раз в год 1 раз в год  1 раз в год 1 раз в год	Гормональное исследование крови: кортизол, тестостерон КТ области надпочечников Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)	Препараты группы глюкокортикоидов (гидрокортизон 10-30 мг/сут внутрь, в/в или преднизолон 5-15 мг/сут внутрь, в/м или в/в, или дексаметазон 0,5-4 мг/сут внутрь) и минералокортикоидов (флудрокортизон 20-200 мкг/сут внутрь)	Посто- сто- янно	Улуч- шение состоя- ния

1	2	3	4	5	6	7	8
Врожденная гиперплазия надпочечников		или органов малого таза) УЗИ надпочечников	1 раз в год	УЗИ органов малого таза	Консультация на ОУ		
	ОУ	Биохимическое исследование крови: креатинин, калий, натрий, хлор, кальций	1 раз в год	Гормональное исследование крови: кортизол, тестостерон, 17-ОН прогестерон, ЛГ, ФСГ, ДГЭА	Препараты группы глюкокортикоидов (гидрокортизон 10-30 мг/сут внутрь, в/в или преднизолон 5-15 мг/сут или дексаметазон 0,5-4 мг/сут внутрь) и минералокортикоидов (флудрокортизон 20-200 мкг/сут)	Постоянно	Улучшение состояния
		Гормональное исследование крови: кортизол, тестостерон КТ области надпочечников	1 раз в год	УЗИ органов малого таза Консультация врача-генетика (кариотип)			
		Консультация акушера-гинеколога (уролога)	2 раза в год				
РеспУ	Биохимическое исследование крови: креатинин, калий, натрий, хлор, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор	1 раз в год	УЗИ органов малого таза МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием)	УЗИ органов малого таза КТ области надпочечников Консультация врача-	Препараты группы глюкокортикоидов (гидрокортизон 10-30 мг/сут внутрь, в/в или преднизолон 5-15 мг/сут внутрь, в/м или в/в, или дексаметазон 0,5-4 мг/сут внутрь) и минералокортикоидов (флудрокортизон 20-200 мкг/сут)	Постоянно	Улучшение состояния
	Гормональное исследование крови: ди-	При верификации диа-	Консультация врача-				

1	2	3	4	5	6	7	8
		гидроэпиандростендион (далее ДГЭА), ЛГ, ФСГ, 17-ОПГ, АКТГ, кортизол, альдостерон, тестостерон, андростендион, прогестерон	гноза, далее – по показаниям	генетика (кариотип)	рургического лечения (по показаниям - пластика наружных половых органов)		
		Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)	При верификации диагноза, далее – по показаниям				
Первичный гиперальдостеронизм (E26.0) Синдром Конна Первичный альдостеронизм, обусловленный гиперплазией надпочечников (двусторонний)	РУ	Общий анализ мочи  Биохимическое исследование крови: креатинин, калий, натрий ЭКГ Измерение АД при каждом визите Ежедневный самоконтроль АД	При верификации диагноза, далее – по показаниям  2 раза в год  2 раза в год	Анализ мочи по Зимницкому Консультация врача-нефролога (уролога), врача-терапевта УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства КТ области надпочечников Консультация врача-офтальмолога	Ограничение поваренной соли Антагонисты альдостерона (калийсберегающие диуретики): спиронолактон 100-400 мг/сут Симптоматическое лечение: коррекция артериальной гипертензии (эналаприл 10-20 мг/сут или лизиноприл 10-20 мг/сут; дилтиазем 180-240 мг/сут или верапамил 80-160 мг/сут под контролем АД внутрь) При глюкокортикоид-подавляемом гиперальдостеронизме – дексаметазон 0,5-1 мг/сут внутрь на ночь после консультации на ОУ или Респ. У Консультация на ОУили РеспУ	Посто-сто-янно	Восстановление здоровья Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
	ОУ	Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, глюкоза, креатинин, калий, натрий	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Холтеровское мониторирование АД ЭХО-кардиография Консультация врачей: кардиолога, офтальмолога	Антагонисты альдостерона (калийсберегающие диуретики): спиронолактон 100-400 мг/сут под контролем уровней АД, электролитов (К, Na) Симптоматическое лечение: коррекция артериальной гипертензии (эналаприл 10-20 мг/сут или лизиноприл 10-20 мг/сут; дилтиазем 180-240 мг/сут или верапамил 80-160 мг/сут под контролем АД внутрь)	Постоянно	Восстановление здоровья Улучшение состояния
		Гормональное исследование крови: кортизол	При верификации диагноза, далее – по показаниям		При глюкокортикоидподавляемом гиперальдостеронизме – дексаметазон 0,5-1 мг/сут внутрь на ночь Консультация на Респ. У		
		КТ области надпочечников	При верификации диагноза, далее – по показаниям				
		Измерение АД при каждом визите Ежедневный самоконтроль АД					
	РеспУ	Определение уровня альдостерона в сыворотке крови (сидя, лежа)	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Активность ренина плазмы, свободный кортизол в суточной моче дважды Сывороточный кортизол (мониторирование), АКТГ УЗИ органов брюшной полости и за-	Антагонисты альдостерона (калийсберегающие диуретики): спиронолактон 100-400 мг/сут под контролем уровней АД, электролитов (калий, натрий) Симптоматическое лечение: коррекция артериальной гипертензии (эналаприл 10-20 мг/сут или лизиноприл 10-20 мг/сут, дилти-	Постоянно	Восстановление здоровья Улучшение состояния
		Консультация врача-хирурга	При верификации диагноза, далее –				

1	2	3	4	5	6	7	8
			по показани- ям	брюшинного про- странства КТ области надпо- чечников Консультация врача- офтальмолога	азем 180-240 мг/сут или верапа- мил 80-160 мг/сут под контролем АД внутрь) Определение показаний для хи- рургического лечения		
Первичная недостаточ- ность коры надпочечни- ков (E27.1)	РУ	Общий анализ крови Исследование уровня глюкозы в крови Биохимическое ис- следование крови: общий белок, креа- тинин, калий, натрий	1 раз в год 2 раза в год 2 раза в год	Гормональное иссле- дование крови: кор- тизол Дневное монитори- рование уровня глю- козы крови (про- филь)	Добавление поваренной соли (6- 10 г/сут) внутрь к пищевому ра- циону Заместительная терапия: Глюкокортикоиды внутрь: гид- рокортизон 20-30 мг/сут или преднизолон 5-15 мг/сут, или ме- тилпреднизолон 4-16 мг/сут Минералокортикоиды: флудро- кортизон внутрь 20-200 мкг/сут под контролем АД, калия, натрия Консультация на ОУ или РеспУ	Посто- сто- янно (заме- сти- тель- ная тера- пия)	Ком- пенса- ция функ- ции Улуч- шение состоя- ния
Амилоидоз (E85)		ЭКГ	2 раза в год	КТ области надпо- чечников			
Медикамен- тозная недо- статочность коры надпо- чечников (E27.3)		УЗИ забрюшинного пространства  R-графия органов грудной полости	При верифи- кации диа- гноза, далее – по показани- ям	Консультация врача- фтизиатра (по пока- заниям)			
Болезнь Ад- дисона тубер- кулезной этиологии (A18.7)		Измерение АД при каждом визите Ежедневный само- контроль АД	При верифи- кации диа- гноза, далее – по показани- ям				
Гипофункция коры надпо-	ОУ	Гормональное иссле- дование крови: кор-	При верифи- кации диа-	Биохимическое ис- следование крови:	Добавление поваренной соли (6- 10 г/сут) внутрь к пищевому ра-	Посто- сто-	Ком- пенса-

1	2	3	4	5	6	7	8
чечников (мозгового слоя), возникшая после медицинских процедур (E89.6)  Другая и неуточненная недостаточность коры надпочечников (E27.4)		тизол  КТ области надпочечников	гноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям	креатинин, глюкоза, калий, натрий, железо  Гормональное исследование крови: определение, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, тиреотропный гормон (далее-ТТГ), свободный Т <sub>4</sub> (далее-св. Т <sub>4</sub> ), антител к тиропироксидазе (далее – АТ к ТПО)  УЗИ органов малого таза МРТ области гипофиза Консультация врача-фтизиатра	циону  Заместительная терапия: Глюкокортикоиды внутрь: гидрокортизон 20-30 мг/сут или преднизолон 5-15 мг/сут, или метилпреднизолон 4-16 мг/сут Минералокортикоиды: флудрокортизон внутрь 20-200 мкг/сут под контролем уровней АД, калия, натрия - 2 раза в год Консультация на Респ. У	янно  (заместительная терапия)	ция  функции  Улучшение состояния
	Респ. У	Гормональное исследование крови: кортизол, АКТГ	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Суточная моча на свободный кортизол Суточный ритм кортизола, АКТГ Биохимическое исследование крови: креатинин, глюкоза, калий, натрий, железо Гормональное исследование	Добавление поваренной соли (6-10 г/сут) внутрь к пищевому рациону  Заместительная терапия: Глюкокортикоиды: гидрокортизон 20-30 мг/сут внутрь или преднизолон 5-15 мг/сут внутрь, в/м или в/в, или метилпреднизолон 4-16 мг/сут внутрь Минералокортикоиды: флудро-	Посто- янно  (заместительная терапия)	Компенсация  функции  Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>дование крови: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА, ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, АТ к ТПО</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>УЗИ забрюшинного пространства</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием)</p> <p>Консультация врачей: дерматовенеролога, фтизиатра</p>	<p>кортизон внутрь 20-200 мкг/сут под контролем уровней АД, калия, натрия 2 раза/год</p>		
<p>Гиперфункция РУ мозгового слоя надпочечников (E27.5)</p>		<p>Биохимическое исследование кров: глюкоза, общий белок, креатинин, калий, натрий</p> <p>ЭКГ</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства</p> <p>АД при каждом визи-</p>	<p>1 раз в год</p> <p>2 раза в год</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Общий анализ крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>ЭХО-кардиография</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Консультация врача-терапевта, врача-невролога</p>	<p><math>\alpha_1</math>-блокаторы: доксазозин 2-4 мг 2 раза/сут внутрь или карведилол 2,5-25 мг 2 раза/сут внутрь под контролем уровня АД</p> <p><math>\beta</math>-адреноблокаторы в терапевтических дозах внутрь (атенолол 50-100 мг/сут, метопролол 20-60 мг/сут, бисопролол 5-10 мг/сут)</p>	<p>По показани-ям, в зави-симости от фор-мы забо-лева-ния</p>	<p>Ком-пенса-ция функ-ции Улуч-шение состоя-ния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		те, ежедневный самоконтроль					
ОУ	КТ области надпочечников  Консультация врача-офтальмолога	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Общий анализ крови Общий анализ мочи ЭКГ Биохимическое исследование кров: глюкоза, общий белок, креатинин, калий, натрий Гликированный гемоглобин УЗИ органов малого таза ЭХО-кардиография Цистоскопия Рентгенография органов грудной полости Консультация врачей: уролога, невролога, онколога, кардиолога	Общий анализ крови Общий анализ мочи ЭКГ Биохимическое исследование кров: глюкоза, общий белок, креатинин, калий, натрий Гликированный гемоглобин УЗИ органов малого таза ЭХО-кардиография Цистоскопия Рентгенография органов грудной полости Консультация врачей: уролога, невролога, онколога, кардиолога	$\alpha_1$ -блокаторы: доксазозин 2-4 мг 2 раза/сут внутрь или карведилол 2,5-25 мг 2 раза/сут внутрь под контролем уровня АД $\beta$ -адреноблокаторы в терапевтических дозах (атенолол 50-100 мг/сут, метопролол 20-60 мг/сут, бисопролол 5-10 мг/сут) Консультация на Респ. У (по показаниям)	По показателям, в зависимости от формы заболевания	Компенсация функции Улучшение состояния
РеспУ	Метанефрины, норметанефрины в крови	При верификации диагноза, далее – по показаниям	ЭКГ УЗИ органов малого таза УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства	ЭКГ УЗИ органов малого таза УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства	$\alpha_1$ -блокаторы: доксазозин 2-4 мг 2 раза/сут внутрь или карведилол 2,5-25 мг 2 раза/сут внутрь под контролем уровня АД $\beta$ -адреноблокаторы в терапевтических дозах (атенолол 50-100	По показателям, в зависимости от	Улучшение состояния Выздоровле-

1	2	3	4	5	6	7	8
		Консультация врача-хирурга (онколога)	При верификации диагноза, далее – по показаниям	ЭХО-кардиография Сцинтиграфия надпочечников КТ области надпочечников	мг/сут, метопролол 20-60 мг/сут, бисопролол 5-10 мг/сут) Определение показаний для хирургического лечения	сти от формы заболевания	ние Реклассификация
Другие формы гипогликемии (E16.1)	РУ	Множественное исследование уровня глюкозы крови в течение суток (профиль)	При верификации диагноза, далее – по показаниям	ЭКГ Электроэнцефалография (далее-ЭЭГ) Р-графия органов грудной полости	Дробное питание с ограничением легкоусвояемых углеводов – 6-8 раз/сут (3-основные приема, 3-5 и более перекусов) При потере сознания: глюкоза 40% - 40-100 мл в/в струйно	Показаниям, в зависимости от формы заболевания	Улучшение состояния
Гипогликемия неуточненная (E16.2)		Биохимическое исследование крови: АсАТ, АлАТ, билирубин, креатинин, амилаза, калий, натрий, общий белок	При верификации диагноза, далее – по показаниям	ФГДС КТ органов брюшной полости Консультация врача-невролога	Консультация на ОУ или РеспУ	зависимости от формы заболевания	
Увеличенная секреция глюкагона (E16.3)							
Другие уточненные нарушения внутренней секреции поджелудочной железы (E16.8)		УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства	При верификации диагноза, далее – по показаниям				
Нарушение внутренней секреции поджелудочной железы							

1	2	3	4	5	6	7	8
неуточненное (E16.9)	ОУ	Суточное мониторирование глюкозы крови	При верификации диагноза, далее – по показаниям	УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства ЭЭГ	Дробное питание с ограничением легкоусвояемых углеводов – 6-8 раз/сут (3-основные приема, 3-5 и более перекусов) Октреотид 50-100 мкг п/к 1-2 раза/сут под контролем гормона роста и/или ИФР1 При потере сознания: глюкоза 40% - 20 (до 100) мл в/в струйно или глюкагон 10% - 1-4 мл п/к (по решению консилиума) Определение показаний для хирургического лечения Консультация на Респ. У	Показаниям, в зависимости от формы заболевания	Улучшение состояния
		КТ поджелудочной железы, печени	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: ИРИ, С-пептид Р-графия органов грудной полости КТ (МРТ) головного мозга Суточное мониторирование глюкозы (CGMS) ФГДС Консультация врачей: гастроэнтеролога, онколога, невролога, генетика			
	РеспУ	Гормональное исследование крови: иммунореактивный инсулин (далее-ИРИ), С-пептид		Гормональное исследование крови: ТТГ, Т4 свободный, АКТГ, кортизол, ФСГ, ЛГ, СТГ, ИФР-1, проинсулин УЗИ органов брюшной полости и за-	Дробное питание с ограничением легкоусвояемых углеводов – 6-8 раз/сут (3-основные приема, 3-5 и более перекусов) Октреотид 50-100 мкг п/к 1-2 раза/сут под контролем гормона роста и/или ИФР1 При потере сознания: глюкоза	Показаниям, в зависимости от формы	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
				брюшинного пространства УЗИ органов малого таза КТ поджелудочной железы и органов забрюшинного пространства КТ-ангиография поджелудочной железы МРТ головного мозга Консультация врачей: невролога, психиатра, психотерапевта, онколога, генетика	40% - 20 (до 100) мл в/в, струйно или глюкагон 10% - 1 (2) мл п/к (по решению консилиума) Определение показаний для хирургического лечения, к назначению диазоксида	мы забо- лева- ния	
Гипопаратиреоз (E 20):  Идиопатический гипопаратиреоз (E20.0)  Другие формы гипопаратиреоза (E20.8)  Гипопарати-	РУ	Биохимическое исследование крови: кальций, фосфор, щелочная фосфатаза УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов  ЭКГ	2 раза в год  При верификации диагноза, далее – по показаниям  1 раз в год	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: кальций ионизированный Гормональное исследование: паратгормон (далее – ПТГ) УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Комбинированные препараты карбонат кальция (500-2000 мг/сут) и холекальцеферол (400-1200 МЕ/сут). Активные метаболиты витамина Д <sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-2,0 мкг/сут) внутрь под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови При паратиреоидной тетании: кальция глюконат 10% раствор 10-20 мл в/в медленно в течение	Посто- сто- янно	Стаби- лизация Улуч- шение состоя- ния

1	2	3	4	5	6	7	8
реоз неуточ- ненный (E20.9)				Консультация врача- невролога	2-3-х минут Консультация на ОУ и РеспУ		
Гипопарати- реоз, возник- ший после медицинских процедур (E89.2)	ОУ	Биохимическое ис- следование крови: кальций общий, кальций ионизиро- ванный Гормональное иссле- дование крови: паратиреоидный гормон (далее ПТГ), корти- зол, ТТГ Консультация врача- невролога	При верифи- кации диа- гноза, далее – по показани- ям	Гормональное иссле- дование крови: Т4 св., АТТПО Суточная экскреция кальция с мочой Костная денситомет- рия УЗИ органов брюш- ной полости и за- брюшинного про- странства Электронейромио- графия Консультация вра- чей: генетика, психи- атра, нефролога	Комбинированные препараты карбонат кальция (500-2000 мг/сут) и холекальцеферол (400- 1200 МЕ/сут). Активные метаболиты витамина Д <sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-2 мкг/сут) внутри под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови При паратиреоидной тетании: кальция глюконат 10% раствор 10-20 мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Консультация на РеспУ	Посто- сто- янно	Стаби- лизация Улуч- шение состоя- ния
	РеспУ	Биохимическое ис- следование крови: кальций общий, кальций ионизиро- ванный, фосфор Гормональное иссле- дование крови: ПТГ	При верифи- кации диа- гноза, далее – по показани- ям	Гормональное иссле- дование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол, АКТГ, кальцидиол Суточная экскреция кальция с мочой УЗИ органов брюш- ной полости и за- брюшинного про- странства	Комбинированные препараты карбонат кальция (500-2000 мг/сут) и холекальцеферол (400- 1200 МЕ/сут). Активные метаболиты витамина Д <sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-2 мкг/сут) внутри под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови При паратиреоидной тетании:	Посто- сто- янно	Стаби- лизация Улуч- шение состоя- ния

1	2	3	4	5	6	7	8
				Костная денситометрия КТ (МРТ) шеи и средостения Сцинтиграфия паращитовидных желез Консультация врачей: онколога, хирурга	кальция глюконат 10% раствор 10-20 мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Решение вопроса о трансплантации паращитовидных желез		
Псевдогипопаратиреоз (E20.1)	РУ	Биохимическое исследование крови: кальций общий, фосфор УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов  ЭКГ	2 раза в год  При верификации диагноза, далее – по показаниям  1 раз в год	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: общий белок, кальций ионизированный Гормональное исследование крови: ПТГ R-графия трубчатых костей голени (костей кисти) и мягких тканей УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства Консультация врача-невролога	Комбинированные препараты карбонат кальция (500-2000 мг/сут) и холекальцеферол (400-1200 МЕ/сут). Активные метаболиты витамина Д <sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-4,0 мкг/сут) внутрь под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция и фосфора в сыворотке крови При паратиреоидной тетании: кальция глюконат 10% раствор 10-20 мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Консультация на ОУ или Респ.	Постоянно	Стабилизация Улучшение состояния
	ОУ	Биохимическое исследование крови:	При верификации диа-	Гормональное исследование крови:	Комбинированные препараты карбонат кальция (500-2000	Постоянно	Стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
		кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза Гормональное исследование крови: ПТГ (двухкратно с интервалом 2 недели) Консультация нефролога (уролога) Консультация врача-невролога	гноза, далее – по показаниям	АКТГ, кортизол, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> АТПО Суточная экскреция кальция с мочой УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства Костная денситометрия Консультация врачей: генетика, психиатра, нефролога	мг/сут) и холекальцеферол (400-1200 МЕ/сут). Активные метаболиты витамина Д <sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-4 мкг/сут) внутрь под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция и фосфора в сыворотке крови При паратиреоидной тетании: кальция глюконат 10% раствор 10-20 мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Консультация на Респ.У	янно	Улучшение состояния
РеспУ	Биохимическое исследование крови: кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза Гормональное исследование крови: ПТГ	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: АКТГ, кортизол, ТТГ, Т <sub>4</sub> Суточная экскреция кальция с мочой Костная денситометрия Сцинтиграфия щитовидной и паращитовидных желез Консультация врачей: генетика, офтальмолога, психиатра	Комбинированные препараты карбонат кальция (500-2000 мг/сут) и холекальцеферол (400-1200 МЕ/сут). Активные метаболиты витамина Д <sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-4 мкг/сут) внутрь под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови При паратиреоидной тетании: кальция глюконат 10% раствор 10-20 мл в/в медленно в течение 2-3-х минут	Посто-янно	Стабилизация Улучшение состояния	

1	2	3	4	5	6	7	8
Первичный гиперпаратиреоз (E21.0)	РУ	Биохимическое исследование крови: кальций общий, фосфор	2 раза в год	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови:	Ограничение потребления кальция с пищей, обильное питье Консервативная терапия при мягких формах:	В за- виси- мости от функ- цио- наль- ного состо- яния	Ремис- сия Выздо- ровле- ние
Другие формы гиперпаратиреоза (E21.2)		УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов УЗИ почек Р-графия трубчатых костей голени (костей кисти)	При верификации диагноза, далее – по показаниям	кальций ионизированный Гормональное исследование: ПТГ (двухкратно) УЗИ органов брюшной полости	кальцитонин лосося (спрей) – 200 МЕ в сутки; бисфосфонаты: алендронат 70 мг в неделю Консультация на ОУ и/или Респ У		
	ОУ	Биохимическое исследование крови: кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза, калий, натрий, глюкоза, АсАТ, АлАТ, липидограмма Гормональное исследование крови: ПТГ, (двухкратно с интервалом 2 недели) УЗИ органов брюшной полости	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Общий анализ мочи Суточная экскреция кальция с мочой ЭКГ ЭХО-кардиография Сцинтиграфия щитовидной железы и паращитовидных желез ФГДС Костная денситометрия Консультация врачей: хирурга, гастроэнтеролога, гематолога, психотерапевта, нефролога, онколога	Ограничение потребления кальция с пищей, обильное питье Консервативная терапия при мягких формах: кальцитонин лосося (спрей) – 200 МЕ в сутки; бисфосфонаты: алендронат 70 мг в неделю Определение показаний для хирургического лечения Консультация на Респ. У	В за- виси- мости от фор- мы забо- лева- ния	Стаби- лизация или вы- здоров- ление
	РеспУ	Гормональное исследование	При верифи-	Гормональное исследование	Ограничение потребления каль-	В за-	Стаби-

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>дование крови: ПТГ</p> <p>Костная денситометрия</p>	<p>кации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>дование: остеокальцин, β-Кросс Лапс</p> <p>Суточная экскреция кальция, фосфор с мочой</p> <p>Сцинтиграфия паращитовидных желез</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Консультация врачей: хирурга, генетика, гематолога, ревматолога, гастроэнтеролога, онколога</p>	<p>ция с пищей, обильное питье</p> <p>Консервативная терапия при мягких формах:</p> <p>кальцитонин лосося (спрей) – 200 МЕ в сутки;</p> <p>бисфосфонаты: алендронат 70 мг в неделю</p> <p>Определение показаний для хирургического лечения</p>	<p>висти-мости от форм заболелания</p>	<p>лизация</p>
<p>Вторичный гиперпаратиреоз, не классифицированный в других рубриках (E21.1)</p> <p><u>Исключено</u></p> <p>вторичный гиперпаратиреоз почечного происхождения (N 25.8)</p>	<p>РУ</p>	<p>Биохимическое исследование крови: креатинин, АлАТ, АсАТ, общий белок, кальций общий, фосфор, щелочная фосфатаза</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Биохимическое исследование крови: кальций ионизированный</p> <p>ФГДС</p> <p>Консультация врача-терапевта</p>	<p>Активные метаболиты витамина Д<sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-2 мкг/сут) внутрь под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови</p> <p>Консультация на ОУ</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p>
	<p>ОУ</p>	<p>Биохимическое исследование крови: кальций ионизиро-</p>	<p>При верификации диагноза, далее –</p>	<p>УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов</p>	<p>Активные метаболиты витамина Д<sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-2 мкг/сут) внутрь под контролем уровня</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8	
		ванных, фосфор. Гормональное исследование крови: ПТГ	по показани- ям	ФГДС УЗИ органов брюш- ной полости Суточная экскреция кальция с мочой Гормональное иссле- дование крови: вита- мин Д (кальцидиол) Сцинтиграфия пара- щитовидных желез Колоноскопия КТ (МРТ) шеи и сре- достения Костная денситомет- рия Консультация вра- чей: нефролога, га- строэнтеролога		общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови Консультация на Респ. У		ния
РеспУ		Гормональное иссле- дование крови: ПТГ, витамин Д (кальци- диол) Костная денситомет- рия	При верифи- кации диа- гноза, далее – по показани- ям	Биохимическое ис- следование крови: кальций ионизиро- ванный, фосфор Суточная экскреция кальция с мочой Сцинтиграфия пара- щитовидных желез Консультация вра- чей: гематолога, га- строэнтеролога, невролога, нефроло-		Активные метаболиты витамина Д <sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-2 мкг/сут) внутри под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови	Посто- сто- янно	Улуч- шение состоя- ния

1	2	3	4	5	6	7	8
				га, онколога, травматолога-ортопеда КТ органов брюшной полости КТ (МРТ) шеи и средостения			
Аутоиммунная полигландулярная недостаточность (E31)	РУ	Определение уровня глюкозы в крови Биохимическое исследование крови: общий белок, креатинин, глюкоза, АЛАТ, АсАТ, калий, натрий УЗИ щитовидной железы с рег. л/у УЗИ органов малого таза УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Общий анализ крови Биохимическое исследование крови: креатинин, общий холестерин, триглицериды, кальций, фосфор Гормональное исследование крови: ИРИ, ЛГ, ФСГ, кортизол, АТ к ТПО, св. Т <sub>4</sub> , ТТГ, ПТГ КТ области надпочечников	Заместительная терапия: Глюкокортикоиды: - гидрокортизон 20-30 мг/сут внутри или - преднизолон 5-15 мг/сут внутри, в/м или в/в, или - метилпреднизолон 4-16 мг/сут Минералокортикоиды: - флудрокортизон внутри 20-200 мкг/сут под контролем уровня АД, электролитов (К, Na) Левотироксин натрия внутри 1,6-1,8 мкг/кг/сут (50-200 мкг/сут) Консультация на ОУ или Респ.У	Постоянно (заместительная терапия)	Компенсация функции Улучшение состояния
	ОУ	Биохимическое исследование крови: креатинин, общий холестерин, триглицериды, кальций общий, кальций ионизированный	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: ИРИ, АКТГ ЭКГ ЭХО-кардиография Пункционная аспирация	Заместительная терапия: Глюкокортикоиды: - гидрокортизон 20-30 мг/сут внутри или - преднизолон 5-15 мг/сут внутри, в/м или в/в, или	Постоянно (заместительная терапия)	Компенсация функции Улучшение

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>зированный, фосфор, натрий, калий</p> <p>Определение уровня глюкозы в крови</p> <p>Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, кортизол, АТ к ТПО, св. Т<sub>4</sub>, ТТГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин</p> <p>УЗИ щитовидной железы рег. л/у</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>УЗИ надпочечников</p>		<p>рациональная биопсия (далее-ПАБ)</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Сцинтиграфии паращитовидных желез</p> <p>Консультация врачей: невролога, акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>- метилпреднизолон 4-16 мг/сут</p> <p>Минералокортикоиды:</p> <p>- флудрокортизон внутрь 20-200 мкг/сут под контролем уровня АД, электролитов (калий, натрий)</p> <p>Левотироксин натрия внутрь 1,6-1,8 мкг/кг/сут (50-200 мкг/сут)</p> <p>Консультация на Респ.У</p>	<p>ная</p> <p>терапия)</p>	<p>шение</p> <p>состояния</p>
РеспУ	<p>Гормональное исследование крови:</p> <p>АКТГ, кортизол, ПТГ</p> <p>Суточный ритм кортизола и АКТГ</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Консультация врачей: акушера-гинеколога, эндокринолога</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, натрий, калий</p> <p>Гормональное исследование крови: ИРИ, С-пептид (в процессе нагрузочных проб), ПТГ</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов</p>	<p>Заместительная терапия:</p> <p>Глюкокортикоиды:</p> <p>- гидрокортизон 20-30 мг/сут внутрь или</p> <p>- преднизолон 5-15 мг/сут внутрь, в/м или в/в, или</p> <p>- метилпреднизолон 4-16 мг/сут</p> <p>Минералокортикоиды:</p> <p>- флудрокортизон внутрь 20-200 мкг/сут под контролем уровня АД, электролитов (калий, натрий)</p> <p>Левотироксин натрия внутрь 1,6-1,8 мкг/кг/сут (50-200 мкг/сут)</p>	<p>Посто</p> <p>сто-янно (заместительная терапия)</p>	<p>Компенсация функции</p> <p>Улучшение состояния</p>	

1	2	3	4	5	6	7	8
				ПАБ КТ области надпочечников с контрастированием Сцинтиграфия паращитовидных желез			
Дисфункция яичников (E28)	РУ	Определение уровня глюкозы в крови УЗИ органов малого таза	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, холестерин, триглицериды, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, натрий, калий ЭКГ	Лечение у врача акушера-гинеколога: заместительная гормональная терапия (эстрогены, гестагены) - Метформин внутрь (1500-2000 мг/сут) в течение 3-6 месяцев. - Кломифен при постконтрацептивной аменорее – 50 мг/сут в течение 5 дней; в других случаях – по 50 мг/сут - 5 дней на 11-15 дни цикла с увеличением дозы до 100 мг/сут при неэффективности начальной дозы (по назначению на ОУ или Респ. У)	По	Ком-
Синдром Тернера (Q96)		УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства		Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, пролактин по фазам менструального цикла УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов	- Ципротерона ацетат по 10-100 мг/сут с 1 по 15 день цикла в зависимости от степени андрогенизации по назначению врача-акушера-гинеколога на ОУ или Респ. У	зависимости от	пенсация функции
Чистый гонадный дисгенез (Q99.1)		Консультация врача акушера-гинеколога		КТ области надпочечников		формы	Восстановление менструального цикла и фертильности
Нарушение функции яичников, возникшее после медицинских процедур (E89.4)						заболевания	
Менопауза и климактерическое состояние у женщины (N95.1)					Консультация на ОУ или Респ.У		

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Состояния,  
связанные с  
искусственно  
вызванной  
менопаузой  
(N95.3)

ОУ	<p>Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, пролактин по фазам менструального цикла УЗИ органов малого таза (вагинальный датчик) Консультация акушера-гинеколога (уролог) Определение уровня глюкозы в крови</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, натрий, калий, липидограмма, мочевиная кислота Гормональное исследование: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, ПТГ, 17-ОПГ ЭХО-кардиография УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов УЗИ молочных желез МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием) КТ области надпочечников</p>	<p>Лечение у врача акушера-гинеколога: заместительная гормональная терапия (эстрогены, гестагены) - Метформин внутрь (1500-2000 мг/сут) в течение 3-6 мес. - Кломифен при постконтрацептивной аменорее – 50 мг/сут в течение 5 дней; в других случаях – по 50 мг/сут - 5 дней на 11-15 дни цикла с увеличением дозы до 100 мг/сут при неэффективности начальной дозы - Ципротерона ацетат внутрь 10-100 мг/сут с 1 по 15 день цикла в зависимости от степени андрогенизации по назначению врача-акушера-гинеколога Консультация на Респ. У</p>	<p>По показани-ям, в зави-симости от фор-мы забо-левания</p>	<p>Ком-пенсация функ-ции Восста-новле-ние менстру-ального цикла и фер-тильно-сти</p>
----	--	--	---	--	--	--

1	2	3	4	5	6	7	8
				Консультация врача-генетика (кариотип)			
	РеспУ	Гормональное исследование ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА, 17 ОПГ, пролактин по фазам менструального цикла, ПТГ, ТТГ Цитологическое исследование вагинального мазка УЗИ органов малого таза (мониторинг созревания фолликула) Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, натрий, калий, щелочная фосфатаза, липидограмма, мочевая кислота Гормональное исследование крови: ДГЭА, ДГЭА-сульфат, сексостероид-связывающий глобулин Костные маркеры: остеокальцин, β-Кросс УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием) Консультация врача-генетика	Лечение у врача акушера-гинеколога: заместительная гормональная терапия (эстрогены, гестагены) - Метформин внутрь (1500-2000 мг/сут) в течение 3-6 месяцев. - Кломифен при постконтрацептивной аменорее – 50 мг/сут в течение 5 дней; в других случаях – по 50 мг/сут 5 дней на 11-15 дни цикла с увеличением дозы до 100 мг/сут при неэффективности начальной дозы по назначению врача-акушера-гинеколога Определение показаний к хирургическому лечению, вспомогательным репродуктивным технологиям	По показаниям, в зависимости от формы заболевания	Компенсация функции Восстановление менструального цикла и фертильности

1	2	3	4	5	6	7	8
Дисфункция яичек (E29)	РУ	Биохимическое исследование крови: билирубин, общий белок, креатинин, АлАТ, АсАТ, глюкоза	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Общий анализ крови Биохимическое исследование крови: общий холестерин, триглицериды, калий, натрий, кальций ЭКГ УЗИ предстательной железы КТ области надпочечников Консультация врачей: офтальмолога (поля зрения), уролога	Заместительная терапия андрогенами: - эфиры тестостерона 1 мл в/м 1 раз в 3 недели. Консультация на ОУ или Респ.У	По показаниям, в зависимости от формы заболевания	Компенсация функции Восстановление потенции и фертильности
Мужское бесплодие (N46)		УЗИ яичек и органов малого таза Общий анализ мочи					
Синдром андрогенной резистентности (E34.5)							
Синдром Клайнфелтера (Q98.0)							
Гипофункция яичек, возникшая после медицинских процедур (E89.5)							
	ОУ	Гормональное исследование ЛГ, ФСГ, пролактин, ТТГ, тестостерон, эстрадиол, кортизол УЗИ яичек и органов малого таза УЗИ предстательной железы	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: глюкоза, креатинин, общий холестерин, триглицериды, калий, натрий, калий Спермограмма КТ (МРТ) области гипофиза (по показа-	Заместительная терапия андрогенами: - эфиры тестостерона 1 мл в/м 1 раз в 3 недели. Консультация на Респ. У	По показаниям, в зависимости от формы	Компенсация функции Восстановление потенции

1	2	3	4	5	6	7	8
		УЗИ грудных желез Консультация врача-уролога		ниям с контрастированием) КТ области надпочечников Консультация врачей: генетика (кариотип), невролога, офтальмолога (поля зрения), уролога			забо- и фер- лева- тильно- ния сти
	РеспУ	Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, УЗИ яичек и органов малого таза Спермограмма Консультация врача-уролога	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: общий PSA, свободный PSA, св. тестостерон, андростендион, сексостероид-связывающий глобулин МРТ области гипофиза (по показаниям с контрастированием) КТ области надпочечников Костная денситометрия Консультация врача-генетика (кариотип)	Заместительная терапия андрогенами: - эфиры тестостерона 1 мл в/м 1 раз в 3 недели.	По-пока- зани- зави- симо- сти от фор- мы забо- лева- ния	Ком- пенса- ция функ- ции Восста- новле- ние по- тенции и фер- тильно- сти
Остеопороз с патологическим переломом	РУ	Биохимическое исследование крови: общий белок, глюко-	При верификации диагноза, далее –	Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови:	Комбинированные препараты кальция (1000-1500 мг/сут) и витамина Д <sub>3</sub> (400-800 МЕ/сут) Ле-	Дли- тель- но, от	Улуч- шение состоя-

1	2	3	4	5	6	7	8
мом (M80)  Остеопороз без патологического перелома (M81) Остеопороз при эндокринных нарушениях (M82.1)		за, кальций общий, щелочная фосфатаза, креатинин, АлАТ, АсАТ Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)	по показаниям	кальций ионизируемый, фосфор Протеинограмма УЗИ органов малого таза Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, ТТГ, ПТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, кортизол, св. Т <sub>4</sub> УЗИ щитовидной железы и региональных л/узлов Р-графия пояснично-крестцового отдела Консультация врачей: хирурга, невролога	картвенные средства, угнетающие костную резорбцию: - кальцитонин лосося 200 МЕ в сутки в виде спрея или 50-100 МЕ в сутки п/к (при болевом синдроме в течение 3-6 месяцев); - алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю; - золендроновая кислота 5 мг 1 раз в 12 месяцев; - стронция ранелат 2 г в сутки; - эстроген-гестагенные лекарственные средства назначаются врачом-акушер-гинекологом Консультация на ОУ или РеспУ	12 месяцев - посто-янно	ния, стабилизация костной массы
	ОУ	Биохимическое исследование крови: глюкоза, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, натрий, калий, щелочная фосфатаза Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, ТТГ, ПТГ, про-	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Общий анализ мочи Суточная экскреция кальция, фосфора с мочой Костные маркеры: остеокальцин, β-Кросс Лапс УЗИ органов малого таза Р-графия пояснично-крестцового отдела	Комбинированные препараты кальция (1000-1500 мг/сут) и витамина Д <sub>3</sub> (400-800 МЕ/сут). Лекарственные средства, угнетающие костную резорбцию: - кальцитонин лосося 200 МЕ в сутки в виде спрея или 50-100 МЕ в сутки п/к (при болевом синдроме в течение 3-6 месяцев); - алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю;	Длительно, от 12 месяцев – посто-янно	Улучшение состояния, стабилизация костной массы



1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

МРТ позвоночника  
Сцинтиграфия пара-  
щитовидных желе