



МІНІСТЭРСТВА  
АХОВЫ ЗДАРОУЯ  
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ЗАГАД**

**ПРИКАЗ**

11.09.2013 № 947

г.Мінск

г.Минск

Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения детского 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 детского 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 детского 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 2 пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 сентября 2005 г. № 549 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных».

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

Министр

В.И. Жарко

Приложение  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
. 11 . 09. 2013 №947

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ**  
диагностики и лечения детского 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»

Минск 2013

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

- Богдан Е.Л.                    начальник отдела медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Республики Беларусь
- Неверо Е.Г.                    главный педиатр 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 Министерства здравоохранения Республики Беларусь, заведующий лабораторией ГУ РНПЦ детской 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 детского населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

- Солнцева А.В. главный внештатный детский эндокринолог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, доцент 1-й кафедры детских болезней 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»
- Кислая Е.И. главный внештатный детский эндокринолог КЗ МГИК, заведующая амбулаторным отделением УЗ «2 городская детская клиническая больница» г. Минска
- Сарнацкая И.В. главный внештатный детский эндокринолог Могилевской области, заведующая эндокринологическим отделением УЗ «Могилевская областная детская больница»

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

Наименование нозологических форм заболеваний (шифр по МКБ-10)	Уровень оказания медицинской помощи	Объемы оказания медицинской помощи					Исход заболевания
		Диагностика			Лечение		
		обязательная	минимальная кратность	дополнительная (по показаниям)	необходимое	средняя длительность	
1	2	3	4	5	6	7	8
Синдром врожденной йодной недостаточности, неврологическая форма  Эндемический кретинизм, неврологическая форма (E00.0)	Районный уровень (далее-РУ)	Масса и длина тела, окружность головы  Пальпация щитовидной железы Ультразвуковое исследование (далее-УЗИ) щитовидной железы Общий анализ крови	При каждом посещении врача 2 раза/год  1 раз/год  1 раз/год	Консультация врача-невролога Гормональное исследование крови: тиреотропный гормон (далее-ТТГ) Электрокардиограмма (далее-ЭКГ) Определение костного возраста: рентгенография кисти и лучезапястного сустава (коленных суставов у детей до 1 года)	Левотироксин натрия внутрь: 0-3 месяца жизни - 10-15 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев жизни - 8-10 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, >12 лет – 2-4 мкг/кг/сут  Консультация на областном уровне (далее-ОУ) Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение	Постоянно	Медикаментозная компенсация функции



1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>генография кисти и лучезапястного сустава (коленных суставов у детей до 1 года) Консультация врача-невролога</p>	<p>ниям чаще)</p>		<p>стительной гормональной терапии; -по медицинским показаниям.</p>		
	РеспУ			<p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т<sub>4</sub>, АТ к ТПО, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, инсулиноподобный фактор роста-1 (далее ИФР-1), тестостерон Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, электролиты (ионы калия, натрия, кальция, ионизированного кальция), железо, трансферрин, ферритин УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов МРТ (КТ) области гипофиза Двойная рентгеновская абсорбциометрия Консультация врачей: ги-</p>	<p>Левотироксин натрия внутри: 0-3 месяца жизни - 10-15 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев жизни - 8-10 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, &gt;12 лет – 2-4 мкг/кг/сут Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара по медицинским показаниям</p>	Постоянно	Медикаментозная компенсация функции

1	2	3	4	5	6	7	8
				неколога-эндокринолога, офтальмолога, невролога, гематолога			
Синдром врожденной йодной недостаточности, микседематозная форма Эндемический кретинизм: гипотиреоидный микседематозная форма (E00.1)	РУ	Масса и длина тела, окружность головы  Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы Общий анализ крови	При каждом посещении врача 2 раза/год  1 раз/год  1 раз/год	Консультация врача-невролога Гормональное исследование крови: ТТГ ЭКГ Определение костного возраста: рентгенография кисти и лучезапястного сустава (коленных суставов у детей до 1 года)	Левотироксин натрия внутрь: 0-3 месяца жизни - 10-15 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев жизни - 8-10 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, >12 лет – 2-4 мкг/кг/сут  Консультация на ОУ Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении заболевания для назначения заместительной гормональной терапии; -по медицинским показаниям	Постоянно	Медикаментозная компенсация функции
	ОУ	Гормональное исследование крови:	1 раз/год (по показани-	Общий анализ крови Гормональное исследова-	Левотироксин натрия внутрь:	Постоянно	Медикаментозная

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>ТТГ, св. Т<sub>4</sub>  Биохимическое исследование крови:  ОХ, ТГ, ЛПВП,  ЛПНП, глюкоза,  АлАТ, АсАТ  Определение костного возраста: рентгенография кисти и лучезапястного сустава (коленных суставов у детей до 1 года)  Консультация врача-невролога</p>	<p>ниям чаще)  1 раз/год</p> <p>1 раз/год  (по показаниям чаще)</p> <p>1 раз/год  (по показаниям чаще)</p>	<p>ние крови: АТ к ТПО (при выявлении однократно),  ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол (девочки), тестостерон (мальчики)  Консультация врачей: гинеколога-эндокринолога, офтальмолога, кардиолога, невролога</p>	<p>0-3 месяца жизни - 10-15 мкг/кг/сут,  3-6 месяцев жизни - 8-10 мкг/кг/сут,  6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут,  1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут,  6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут,  &gt;12 лет – 2-4 мкг/кг/сут</p> <p>Консультация на РеспУ при неэффективности терапии, отсутствии компенсации заболевания  Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара:  -при выявлении заболевания для заместительной гормональной терапии;  -по медицинским показаниям</p>	янно	тозная компенсация функции
	РеспУ			<p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т<sub>4</sub>, АТ к ТПО  пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, ИФР-1, тестостерон</p>	<p>Левотироксин натрия  внутри:  0-3 месяца жизни - 10-15 мкг/кг/сут,  3-6 месяцев жизни - 8-10 мкг/кг/сут,</p>	Постоянно	Медикаментозная компенсация

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, электролиты (ионы калия, натрия, кальция, ионизированного кальция), железо, трансферрин, ферритин</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>МРТ (КТ) области гипофиза</p> <p>Двойная рентгеновская абсорбциометрия</p> <p>Консультация врачей: акушера-гинеколога, офтальмолога, невролога, гематолога</p>	<p>6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, &gt;12 лет – 2-4 мкг/кг/сут</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара по медицинским показаниям</p>		функции
Синдром врожденной йодной недостаточности, смешанная форма Эндемический кре-	РУ	<p>Масса и длина тела, окружность головы</p> <p>Пальпация щитовидной железы</p> <p>УЗИ щитовидной железы</p> <p>Общий анализ крови</p>	<p>При каждом посещении врача</p> <p>2 раза/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Консультация врача-невролога</p> <p>Гормональное исследование крови: ТТГ</p> <p>ЭКГ</p> <p>Определение костного возраста: рентгенография кисти и лучезапястного сустава (коленных суставов у</p>	<p>Левотироксин натрия внутрь:</p> <p>0-3 месяца жизни - 10-15 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев жизни - 8-10 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут,</p>	Постоянно	Медикаментозная компенсация функций

1	2	3	4	5	6	7	8
тинизм, смешанная форма (E00.2)				детей до 1 года)	6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, >12 лет – 2-4 мкг/кг/сут Консультация на ОУ Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении заболевания для назначения заместительной гормональной терапии; -по медицинским показаниям		
	ОУ	Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> Биохимическое исследование крови: ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, глюкоза, АлАТ, АсАТ Определение костного возраста: рентгенография кисти и лучезапястного сустава (коленных суставов у детей до 1 года) Консультация врача-	1 раз/год (по показаниям чаще)  1 раз/год  1 раз/год (по показаниям чаще)	Общий анализ крови Гормональное исследование крови: АТ к ТПО (при выявлении однократно), ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол (девочки), тестостерон (мальчики) Консультация врачей: гинеколога-эндокринолога, офтальмолога, кардиолога	Левотироксин натрия внутри: 0-3 месяца жизни - 10-15 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев жизни - 8-10 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, >12 лет – 2-4 мкг/кг/сут  Консультация на РеспУ при неэффективности терапии, отсутствии компенсации заболевания	Постоянно	Медикаментозная компенсация функции

1	2	3	4	5	6	7	8
		невролога	1 раз/год (по показаниям чаще)		Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении заболевания для заместительной гормональной терапии; -по медицинским показаниям		
	РеспУ			Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, ИФР-1, тестостерон Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, электролиты (ионы калия, натрия, кальция, ионизированного кальция), железо, трансферрин, ферритин УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов МРТ (КТ) области гипофиза Двойная рентгеновская аб-	Левотироксин натрия внутрь: 0-3 месяца жизни - 10-15 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев жизни - 8-10 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, >12 лет – 2-4 мкг/кг/сут Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара по медицинским показаниям	Постоянно	Медикаментозная компенсация функции

1	2	3	4	5	6	7	8
				сорбциометрия Консультация врачей: акушера-гинеколога, оф- тальмолога, невролога, ге- матолога			
Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния (E01) Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью (E01.0) Нетоксический диффузный зоб (E04.0)	РУ	Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов	1 раз/год  2 раза/год в течение 1-го года, далее – 1 раз/год	Гормональное исследование крови: ТТГ (при выявлении, далее – по показаниям), АТ к ТПО (при выявлении однократно) Общий анализ крови ЭКГ	Калия йодид внутрь – 90 мкг/сут детям младшего возраста (0–5 лет 11 мес), 150 мкг/сут детям школьного возраста (6-12 лет), 200 мкг/сут школьникам старше 12 лет. При отсутствии уменьшения объема щитовидной железы и /или наличия зоба II степени по данным УЗИ назначение левотироксина натрия внутрь 1,5-2 мкг/кг/сут под контролем УЗИ щитовидной железы (каждые 6-ть месяцев) не менее до 6-12 месяцев в зависимости от объема щитовидной железы. Консультация на ОУ при неэффективности терапии	По показани-ям не менее года	Уменьшение размеров зоба, выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>Другие уточненные формы нетоксического зоба (E04.8)</p> <p>Дисгормональный зоб (E07.1)</p> <p>Зоб (эндемический), связанный с йодной недостаточностью, неуточненный (E01.2)</p> <p>Нетоксический зоб неуточненный (E04.9)</p>	ОУ	Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов	1 раз/год  1 раз/год	Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО КТ за грудиной области	<p>Калия йодид внутрь – 90 мкг/сут дети младшего возраста (0–5 лет 11 мес), 150 мкг/сут школьный возраст (6–12 лет), 200 мкг/сут школьники старше 12 лет</p> <p>При отсутствии уменьшения объема щитовидной железы и /или наличия зоба II степени по данным УЗИ назначение левотироксина натрия внутрь 1,5-2 мкг/кг/сут под контролем УЗИ щитовидной железы (каждые 6-ть месяцев) не менее до 6-12 месяцев в зависимости от объема щитовидной железы.</p> <p>Консультация на РеспУ при неэффективности терапии</p>	По показани-ям не менее года	Уменьшение размеров зоба, выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
	РеспУ	УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов с доплерографией	1 раз/год	Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> ,АТ к ТПО КТ загрудинной области Сцинтиграфия щитовидной железы Консультация врача-хирурга при компрессионном синдроме	Калия йодид внутрь – 90 мкг/сут дети младшего возраста (0–5 лет 11 мес), 150 мкг/сут школьный возраст (6-12 лет), 200 мкг/сут школьники старше 12 лет При отсутствии уменьшения объема щитовидной железы и /или наличия зоба II степени по данным УЗИ назначение левотироксина натрия внутрь 1,5-2 мкг/кг/сут под контролем УЗИ щитовидной железы (каждые 6-ть месяцев) не менее до 6-12 месяцев в зависимости от объема щитовидной железы		
Многоузловой (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью (Е01.1)	РУ	Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы  Гормональное исследование крови: ТТГ, АТ к ТПО	2 раза/год  2 раза/год  1 раз при выявлении	Гормональное исследование крови: св.Т <sub>4</sub>	При нарушении функции щитовидной железы - см. соответствующий раздел (гипотиреоз или тиреотоксикоз) Консультация на ОУ для проведения тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии,	По показаниям не менее года	Уменьшение размеров зоба, выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
Нетоксиче- ский одно- узловой зоб (E04.1)					(далее-ТПАБ), консультация врача- хирурга		
Нетоксиче- ский много- узловой зоб (E04.2)	ОУ	УЗИ щитовидной железы и региональ- ных лимфатических узлов с доплеро- графией ТПАБ щитовидной железы под контро- лем УЗИ  Консультация врача- онколога	1 раз/год  1 раз при выявлении, далее – по медицин- ским пока- заниям 1 раз при выявлении, далее – по медицин- ским пока- заниям	Гормональное исследова- ние крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , св.Т <sub>3</sub> , АТ к ТПО Сцинтиграфия щитовидной железы КТ/МРТ за грудиной обла- сти	При нарушении функции щитовидной железы - см. соответствующий раздел (гипотиреоз или тирео- токсикоз)  Консультация на РеспУ по медицинским показа- ниям	По пока- зани- ям не ме- нее года	Умень- шение разме- ров зоб- а, выздо- ровле- ние
	РеспУ	УЗИ щитовидной железы и региональ- ных лимфатических узлов с доплеро- графией	1 раз/год	ТПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ Гормональное исследова- ние крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , св.Т <sub>3</sub> , АТ к ТПО, кальцитонин Сцинтиграфия щитовидной железы КТ /МРТ за грудиной об-	Хирургическое лечение по показаниям Супрессивная терапия: левотироксин натрия внутри 2,0-2,3 мкг/кг/сут под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медика- ментозной компенсация	По пока- зани- ям не ме- нее года	Умень- шение разме- ров зоб- а, выздо- ровле- ние

1	2	3	4	5	6	7	8
				ласти Консультация врача-онколога	функции щитовидной железы		
Другие болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния Приобретенный гипотиреоз вследствие недостатка йода БДУ (E01.8)	РУ	Масса и длина тела Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы Определение костного возраста: рентгенография кисти и лучезапястного сустава	2 раза/год 2 раза/год 1 раз/год 1 раз/год	Гормональное исследование крови: ТТГ Общий анализ крови ЭКГ	Заместительная терапия: левотироксин натрия внутрь детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут, подросткам - 1-2 мкг/кг/сут. Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функции щитовидной железы. Консультация на ОУ	Постоянно в зависимости от функции щитовидной железы	Компенсация функции
	ОУ	УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> ,	1 раз/год  при выявлении, по достижении ком-	Биохимическое исследование крови: глюкоза, холестерин, триглицериды Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол (девочки), тестостерон (мальчики) ЭКГ	Заместительная терапия: левотироксин натрия внутрь детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут, подросткам - 1-2 мкг/кг/сут. Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функ-	Постоянно в зависимости от	Компенсация функции

1	2	3	4	5	6	7	8
		АТ к ТПО	пенсации функции – 1 -2 раза/год 1 раз при выявлении, далее – по показаниям	Консультация врачей: гинеколога-эндокринолога, невролога	ции щитовидной железы. Консультация на РеспУ при неэффективности терапии, отсутствии компенсации заболевания	функции щитовидной железы	
	РеспУ			Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол (девочки), ИФР-1, тестостерон (мальчики) Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, АлАТ, АсАТ, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, электролиты (ионы кальция, ионизированного кальция), железо трансферрин, ферритин УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов Консультация врачей: акушера-гинеколога, офтальмолога, невролога	Заместительная терапия: левотироксин натрия внутрь детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут., подросткам - 1-2 мкг/кг/сут. Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функции щитовидной железы.	Постоянно в зависимости от функции щитовидной железы	Компенсация функции
Субклини-	РУ	Масса и длина тела	2 раза/год	Гормональное исследова-	Левотироксин натрия	6-12	Норма-

1	2	3	4	5	6	7	8
ческий гипотиреоз вследствие йодной недостаточности (E02)		Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов	2 раза/год  1 раз/год	ние крови: ТТГ ЭКГ Консультация врача-невролога	внутри детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут, подросткам - 1-2 мкг/кг/сут. Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функции щитовидной железы. Затем прием калия йодида в профилактических возрастных дозировках Консультация на ОУ при неэффективности терапии, отсутствии компенсации заболевания	месяцев	лизация функции и размеров щитовидной железы
	ОУ	УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> ,  АТ к ТПО	1 раз/год  при выявлении, по достижении компенсации функции – 1 -2 раза/год 1 раз при	Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол (девочки), тестостерон (мальчики) ЭКГ Консультация врачей: акушера-гинеколога, невролога	Левотироксин натрия внутри детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут, подросткам - 1-2 мкг/кг/сут. Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функции щитовидной железы. Затем прием калия йодида в профилактических возрастных дозировках Консультация на РеспУ при неэффективности те-	6-12 месяцев	Нормализация функции и размеров щитовидной железы

1	2	3	4	5	6	7	8
			выявлении, далее – по показаниям		рапии, отсутствии компенсации заболевания		
	РеспУ			Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ кТПО пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, ИФР-1, тестостерон Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, АлАТ, АсАТ, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов Консультация врачей: акушера-гинеколога, офтальмолога, невролога	Левотироксин натрия внутри детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут, подросткам - 1-2 мкг/кг/сут. Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функции щитовидной железы. Затем прием калия йодида в профилактических возрастных дозировках	6-12 месяцев	Нормализация функции и размеров щитовидной железы
Врожденный гипотиреоз с диффузным зобом (E03.0)	РУ	Масса и длина тела  Оценка нервно-психического развития УЗИ щитовидной железы Определение кост-	2 раза/год  2 раза/год  1 раз/год  1 раз/год	Гормональное исследование крови: ТТГ Общий анализ крови ЭКГ Консультация врача-невролога	Левотироксин натрия внутри детям 0-3 месяца – 10-14 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев – 8-12 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев – 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет – 4-6 мкг/кг/сут,	Постоянная заместительная терапия	Медикаментозная компенсация функции

1	2	3	4	5	6	7	8
		ного возраста: рентгенография кисти и лучезапястного сустава (коленных суставов у детей до 1 года)			6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, 12 лет – 2-4 мкг/кг/сут Коррекция дозы каждые 6 мес. под контролем ТТГ Консультация на ОУ Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении заболевания для назначения заместительной гормональной терапии; -по медицинским показаниям	пия	
	ОУ	УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, ОХ, ТГ, глюкоза Консультация врача-невролога	1 раз/год  2 раза/год (по показаниям чаще)  1 раз/год  1 раз/год	Консультация врача-оториноларинголога (нейросенсорная тугоухость при синдроме Пендредда)	Левотироксин натрия внутри детям 0-3 месяца – 10-14 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев – 8-12 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев – 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет – 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, 12 лет – 2-4 мкг/кг/сут Коррекция дозы каждые 6 мес. под контролем ТТГ Консультация на РеспУ при неэффективности те-	Постоянная заместительная терапия	Медикаментозная компенсация функции

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>рапии, отсутствии компенсации заболевания  Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара:  -при выявлении заболевания для назначения заместительной гормональной терапии;  -по медицинским показаниям</p>		
	РеспУ			<p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т<sub>4</sub>, АТ кТПО, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол (девочки), ИФР-1, тестостерон (мальчики)  Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, креатинин, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, электролиты (ионы кальция, кальция ионизированного), железо, трансферрин, ферритин  УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  Консультация врачей: аку-</p>	<p>Левотироксин натрия  внутри детям 0-3 месяца – 10-14 мкг/кг/сут,  3-6 месяцев – 8-12 мкг/кг/сут,  6-12 месяцев – 6-8 мкг/кг/сут,  1-5 лет – 4-6 мкг/кг/сут,  6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут,  12 лет – 2-4 мкг/кг/сут  Коррекция дозы каждые 6 мес. под контролем ТТГ  Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара по медицинским показаниям</p>	<p>Постоянная заместительная терапия</p>	<p>Медикаментозная компенсация функции</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
				шера- гинеколога, офтальмолога, невролога			
Врожденный гипотиреоз без зоба (E03.1)	РУ	<p>Масса и длина тела</p> <p>Оценка нервно-психического развития</p> <p>УЗИ щитовидной железы</p> <p>Определение костного возраста: рентгенография кисти и лучезапястного сустава (коленных суставов у детей до 1 года)</p>	<p>2 раза/год</p> <p>2 раза/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Гормональное исследование крови: ТТГ</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>ЭКГ</p> <p>Консультация врача-невролога</p>	<p>Левотироксин натрия внутрь детям 0-3 месяца – 10-14 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев – 8-12 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев – 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет – 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, 12 лет – 2-4 мкг/кг/сут</p> <p>Коррекция дозы каждые 6 мес. под контролем ТТГ</p> <p>Консультация на ОУ</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-при выявлении заболевания для назначения заместительной гормональной терапии;</li> <li>-по медицинским показаниям</li> </ul>	<p>Постоянная заместительная терапия</p>	<p>Медикаментозная компенсация функции</p>
	ОУ	<p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических</p>	<p>1 раз/год</p>	<p>Консультация оториноларинголога (нейросенсорная тугоухость при синдроме</p>	<p>Левотироксин натрия внутрь детям 0-3 месяца – 10-14 мкг/кг/сут,</p>	<p>Постоянная</p>	<p>Медикаментозная</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		узлов Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ к ТПО Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, ОХ, ТГ, глюкоза Консультация врача-невролога	2 раза/год (по показаниям чаще)  1 раз/год  1 раз/год	Пендред)	3-6 месяцев – 8-12 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев – 6-8 мкг/кг/сут, 1-5 лет – 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, 12 лет – 2-4 мкг/кг/сут Коррекция дозы каждые 6 мес. под контролем ТТГ Консультация на РеспУ при неэффективности терапии, отсутствии компенсации заболевания Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении заболевания для назначения заместительной гормональной терапии; -по медицинским показаниям	заместительная терапия	компенсация функции
	РеспУ			Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АТ кТПО, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол (девочки), ИФР-1, тестостерон (мальчики)	Левотироксин натрия внутри детям 0-3 месяца – 10-14 мкг/кг/сут, 3-6 месяцев – 8-12 мкг/кг/сут, 6-12 месяцев – 6-8	Постоянная заместительная	Медикаментозная компенсация

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, креатинин, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, электролиты (кальций, кальций ионизированный), железо, трансферрин, ферритин УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов Консультация врачей: акушера-гинеколога, офтальмолога, невролога</p>	<p>мкг/кг/сут, 1-5 лет – 4-6 мкг/кг/сут, 6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут, 12 лет – 2-4 мкг/кг/сут Коррекция дозы каждые 6 мес. под контролем ТТГ Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара по медицинским показаниям</p>	<p>ная терапия</p>	<p>функции</p>
<p>Гипотиреоз, вызванный медикаментами и другими экзогенными веществами (E03.2)  Постинфекционный гипотиреоз (E03.3)</p>	<p>РУ</p>	<p>Масса и длина тела Пальпация щитовидной железы УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p>	<p>2 раза/год 2 раза/год  1 раз/год</p>	<p>Гормональное исследование крови: ТТГ ЭКГ Консультация врача-невролога</p>	<p>Левотироксин натрия внутри детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут., подросткам - 1-2 мкг/кг/сут. Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функции щитовидной железы. Консультация на ОУ</p>	<p>Постоянно в зависимости от функции щитовидной железы</p>	<p>Нормализация функции щитовидной железы</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>Атрофия щитовидной железы (приобретенная) (E03.4)</p> <p>Другие уточненные гипотиреозы (E03.8)</p>	ОУ	<p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: ТТГ, св.Т<sub>4</sub>,</p> <p>АТ к ТПО</p>	<p>1 раз/год</p> <p>при выявлении, по достижении компенсации функции – 1 раз/год</p> <p>1 раз при выявлении, далее – по показаниям</p>	<p>Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол (девочки), тестостерон (мальчики)</p> <p>ЭКГ</p> <p>Консультация врачей: акушера-гинеколога, невролога</p>	<p>Левотироксин натрия внутрь детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут., подросткам - 1-2 мкг/кг/сут.</p> <p>Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функции щитовидной железы</p> <p>Консультация на РеспУ при неэффективности терапии, отсутствии компенсации заболевания</p>	<p>лезы</p> <p>Постоянно в зависимости от функции щитовидной железы</p>	<p>Нормализация функции щитовидной железы</p>
	РеспУ			<p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т<sub>4</sub>, АТ к ТПО, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол (девочки), ИФР-1, тестостерон (мальчики)</p> <p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатиче-</p>	<p>Левотироксин натрия внутрь детям от 1 до 12 лет 3-4 мкг/кг/сут., подросткам - 1-2 мкг/кг/сут.</p> <p>Лечение проводится под контролем ТТГ 1 раз в 6-8 недель до медикаментозной компенсации функции щитовидной железы</p>	<p>Постоянно в зависимости от функции щито</p>	<p>Нормализация функции щитовидной железы</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
				ских узлов Консультация врачей: акушера-гинеколога, офтальмолога, невролога		то-видной железы	
Тиреотоксикоз [гипертиреоз] (E05)	РУ	<p>Масса и длина тела</p> <p>Пальпация щитовидной железы</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>,</p> <p>Биохимическое ис-</p>	<p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>1 раз в 10 дней до нормализации функции, далее 1 раз в 3 месяца</p> <p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>1 раз при выявлении,</p>	<p>Гормональное исследование крови: АТ к ТПО</p> <p>Консультация врача-кардиолога</p>	<p>Тиреостатические лекарственные средства: производное тиомочевины – тиамазол 0,1 –1 мг/кг/сутки внутрь</p> <p>β-адреноблокаторы внутри: атенолол 0,5-1 мг/кг/сут или метопролол 0,5-1 мг/кг/сут или пропранолол 1 мг/кг/сут</p> <p>Консультация на ОУ</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара:</p> <p>-при выявлении или рецидиве заболевания</p>	<p>1,5-2 года</p> <p>1-3 мес при выявлении или рецидиве заболевания</p>	<p>Медикоментозная компенсация</p> <p>Ремиссия</p> <p>Реклассификация диагноза</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>следование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ</p> <p>ЭКГ</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога, невролога</p>	<p>далее - по показаниям</p> <p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p>				
	ОУ	<p>Общий анализ крови</p> <p>Гормональное исследование крови: ТТГ</p> <p>св. Т<sub>4</sub></p>	<p>1 раз в 10 дней до нормализации функции, далее 1 раз в 3 месяца</p> <p>при выявлении, далее 1 раз в 3 месяца</p> <p>1 раз в месяц до достижения компенсации, далее 1 раз в 3 ме-</p>	<p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, ЩФ, АлАТ, АсАТ, креатинин, электролиты (ионы кальция, ионизированного кальция)</p> <p>Гормональное исследование крови: св. Т<sub>3</sub>, антитела к рецептору ТТГ (далее - АТ р ТТГ)</p> <p>КТ загрудинной области</p> <p>Сцинтиграфия щитовидной железы</p> <p>КТ орбит</p> <p>Консультация врачей: хирурга, кардиолога</p>	<p>Тиреостатические лекарственные средства: производное тиомочевины – тиамазол 0,1 –1 мг/кг/сутки внутрь</p> <p>β-адреноблокаторы</p> <p>внутри: атенолол 0,5-1 мг/кг/сут или метопролол 0,5-1 мг/кг/сут или пропранолол 1 мг/кг/сут</p>	<p>1,5-2 года</p> <p>1-3 мес при выявлении или рецидиве заболевания</p>	<p>Ремиссия</p> <p>Реклассификация диагноза</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов с доплерографией</p> <p>Консультация врача-офтальмолога</p>	<p>сяца через 6 месяцев после выявления, далее по показаниям</p> <p>1 раз при выявлении, далее по показаниям</p>		<p>Левотироксин натрия внутрь (при схеме «блокируй и замещай») 1 мкг/кг/сут, начиная с 4-6-й недели лечения тиреостатиками</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении или рецидиве заболевания</p> <p>Определение показаний для хирургического лечения Консультация на Респ. У: -при тиреотоксикозе, не поддающемся компенсации тиреостатиками; -при сочетании с тяжелой аутоиммунной офтальмопатией</p>	ния	
	РеспУ	Гормональное исследование крови: ТТГ	при выявлении, далее 1 раз в 3	Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы калия, кальция,	Тиреостатические лекарственные средства: производное тиомочевины –	1,5-2 года	Ремиссия Реклас-

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>св. Т<sub>4</sub>, св.Т<sub>3</sub></p> <p>Консультация врача-офтальмолога</p>	<p>месяца до достижения компенсации</p> <p>1 раз в месяц до достижения компенсации, далее 1 раз в 3 месяца</p> <p>1 раз, далее по показаниям</p>	<p>ионизированного кальция, фосфора)</p> <p>Гормональное исследование крови: св. Т<sub>3</sub>, АТ к ТПО, АТрТТГ, кортизол, АКТГ, пролактин, СТГ, ИФР-1</p> <p>Сцинтиграфия щитовидной железы</p> <p>ТПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ</p> <p>КТ загрудинной области</p> <p>КТ орбит</p> <p>МРТ области гипофиза</p> <p>Двойная рентгеновская абсорбциометрия</p> <p>Консультация врачей: хирурга, кардиолога, невролога</p>	<p>тиамазол 0,1 –1,0 мг/кг/сутки внутрь</p> <p>β-адреноблокаторы</p> <p>внутри: атенолол 0,5-1 мг/кг/сут или метопролол 0,5-1 мг/кг/сут или пропранолол 1 мг/кг/сут</p> <p>Левотироксин натрия</p> <p>внутри (при схеме «блокируй и замещай»)</p> <p>1 мкг/кг/сут, начиная с 4-6-й недели лечения тиреостатиками</p> <p>При аутоиммунной офтальмопатии по решению консилиума индивидуально: пульс-терапия с применением глюкокортикоидных средств (далее-ГКС): по 150-250 мг метипреднизолона в/в капельно №3 через день или внутрь преднизолон 0,5-1</p>	<p>1-3 мес при выявлении или рецидиве заболевания</p>	<p>сификация диагноза</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,4–0,8 мг/кг/сут внутрь с последующим снижением дозы ГКС до полной отмены</p> <p>Определение показаний для хирургического лечения щитовидной железы и радиодотерапии</p> <p>Определение показаний для лучевой терапии на параорбитальную область и показаний для хирургического лечения при выраженной аутоиммунной офтальмопатии в неактивной стадии</p>		
Острый тиреоидит (E06.0)	РУ	<p>Пальпация щитовидной железы (размеры и наличие болезненности)</p> <p>Общий анализ крови</p>	<p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>1 раз в 7- 10 дней до купирования воспаления</p>	Консультация врачей: оториноларинголога	Госпитализация в хирургический стационар ОУ	14-21 день	Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
		УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  Термометрия  ЭКГ  Консультация врача-хирурга	1 раз при выявлении, далее - по показаниям  ежедневно до выздоровления 1 раз при выявлении, далее - по показаниям при выявлении				
	ОУ	Общий анализ крови  УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  Термометрия	1 раз в 10 дней до купирования воспаления  1 раз при выявлении, далее - по показаниям  ежедневно до выздоровления	Гормональное исследование крови: св. Т <sub>4</sub> , ТТГ, АТ к ТПО Сцинтиграфия щитовидной железы, области шеи Консультация врачей: отоларинголога, хирурга	Госпитализация в хирургический стационар ОУ	14-21 день	Выздоровление
	РеспУ	Общий анализ крови	1 раз в 10	Общий анализ крови	Госпитализация в хирур-	14-21	Выздо-

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>Термометрия</p>	<p>дней до купирования воспаления</p> <p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>ежедневно до выздоровления</p>	<p>Сцинтиграфия щитовидной железы, области шеи</p> <p>Гормональное исследование крови: св. Т<sub>4</sub>; св. Т<sub>3</sub>, ТТГ, АТкТПО</p> <p>АТрТТГ</p> <p>УЗИ щитовидной железы и рег. л/у</p> <p>КТ области шеи и грудного пространства</p> <p>Консультация врачей: хирурга, оториноларинголога</p>	<p>гический стационар РеспУ</p>	<p>день</p>	<p>ровление</p>
<p>Подострый тиреоидит (E06.1)</p>	<p>РУ</p>	<p>Пальпация щитовидной железы (размеры и наличие болезненности)</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>Термометрия</p> <p>ЭКГ</p>	<p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>1 раз в 10 дней до купирования воспаления</p> <p>1 раз при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>Ежедневно</p> <p>1 раз при выявлении, далее - по</p>	<p>Консультация врачей: отоларинголога, педиатра</p>	<p>Преднизолон внутрь 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут внутрь в течение 2-3 недель с последующим постепенным снижением дозы (под контролем СОЭ)</p> <p>Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства внутрь: диклофенак 50-150 мг/сут или ибупрофен 600мг/сут под контролем СОЭ</p> <p>Консультация на ОУ при неэффективности терапии</p>	<p>До ликвидации воспаления</p> <p>воспалительного процесса до 6 месяцев</p>	<p>Выздоровление</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
			показаниям				
	ОУ	Общий анализ крови  УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов с доплерографией	1 раз в 10 дней до купирования воспаления 1 раз при выявлении, далее - по показаниям	ТПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ Гормональное исследование крови: св.Т <sub>4</sub> , ТТГ, АТ к ТПО Сцинтиграфия щитовидной железы, области шеи Консультация врачей: оториноларинголога, хирурга	Преднизолон внутрь 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут внутрь 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 600мг/сут или нимесулид 100-200 мг/сут Консультация на Респ.У при неэффективности терапии	До ликвидации воспаления паллиативного процесса до 6 месяцев	Выздоровление
	РеспУ			Общий анализ крови Сцинтиграфия щитовидной железы, области шеи Гормональное исследование крови: св.Т <sub>4</sub> ; св. Т <sub>3</sub> , ТТГ, АТкТПО АТрТТГ	Преднизолон внутрь 0,5-1 мг/кг/сут или метилпреднизолон 0,4-0,8 мг/кг/сут внутрь в течение 2-3 недель с последующим постепенным снижением дозы (под контролем	До ликвидации воспаления пали-	Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>ТПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ</p> <p>Консультация врачей: оториноларинголога, хирурга, невролога</p>	<p>СОЭ)</p> <p>Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства внутрь: диклофенак 50-150 мг/сут или мелоксикам 7,5-15 мг/сут или ибупрофен 600мг/сут или нимесулид 100-200 мг/сут</p> <p>Определение показаний для хирургического лечения при рецидивировании заболевания</p>	<p>лительного процесса до 6 месяцев.</p>	
Тиреоидит (E06.3 E06.2)	РУ	<p>Пальпация щитовидной железы (размеры и наличие болезненности)</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>Гормональное исследование высокочувствительным методом: ТТГ, АТкТ-</p>	<p>1 раз при выявлении</p> <p>1 раз при выявлении</p> <p>1 раз при выявлении, далее-по показаниям</p> <p>1 раз при выявлении, далее-по показаниям</p>	<p>Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т<sub>4</sub></p> <p>Консультация врачей: оториноларинголога, офтальмолога</p>	<p>При сохраненной функции щитовидной железы лечение не проводится</p> <p>В стадии тиреотоксикоза: β-адреноблокаторы внутрь: атенолол 0,5-1 мг/кг/сут или метопролол 0,5-1 мг/кг/сут или пропранолол 1 мг/кг/сут</p> <p>Лечение проводится под контролем АД, пульса, св. Т<sub>4</sub>, ТТГ</p> <p>В стадии гипотиреоза: левотироксин натрия внутрь</p>	<p>3 года с реклассификацией диагноза</p>	<p>Выздоровление</p> <p>Ремиссия</p> <p>Реклассификация диагноза</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		ПО			Консультация на ОУ		
	ОУ			<p>Гормональное исследование крови: св. Т<sub>3</sub>, св.Т<sub>4</sub>, ТТГ, АТкТПО,</p> <p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, АсАТ, АлАТ, ОХ, ТГ</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>ТПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ</p> <p>Сцинтиграфия щитовидной железы</p> <p>КТ орбит</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога, оториноларинголога, кардиолога, хирурга</p>	<p>При сохраненной функции щитовидной железы лечение не проводится</p> <p>В стадии тиреотоксикоза: β-адреноблокаторы внутрь: атенолол 0,5-1 мг/кг/сут или метопролол 0,5-1 мг/кг/сут или пропранолол 1 мг/кг/сут</p> <p>Лечение проводится под контролем АД, пульса, св. Т<sub>4</sub>,ТТГ</p> <p>В стадии гипотиреоза: левотироксин натрия внутрь</p> <p>При компрессии органов шеи определение показаний для хирургического лечения</p> <p>Консультация на Респ.У при неэффективности терапии</p>	3 года с релаксификацией диагноза	Выздоровление Ремиссия Реклассификация диагноза
	РеспУ			Гормональное исследование крови высокочувствительным методом: св. Т <sub>3</sub> ,	При сохраненной функции щитовидной железы лечение не проводится	3 года с ре-	Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>св. Т<sub>4</sub>, ТТГ, АТкТПО АТрТТГ УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов с доплерографией ТПАБ щитовидной железы под контролем УЗИ Сцинтиграфия щитовидной железы КТ орбит КТ грудного пространства Консультация врачей: офтальмолога, хирурга</p>	<p>В стадии тиреотоксикоза: β-адреноблокаторы внутри: ателолол 0,5-1 мг/кг/сут или метопролол 0,5-1 мг/кг/сут или пропранолол 1 мг/кг/сут Лечение проводится под контролем АД, пульса, св. Т<sub>4</sub>, ТТГ</p> <p>В стадии гипотиреоза: левотироксин натрия внутрь При компрессии органов шеи определение показаний для хирургического лечения</p>	<p>классификацией диагноза</p>	<p>Ремиссия Реклассификация диагноза</p>
<p>Инсулинзависимый сахарный диабет (СД 1 тип): лабильный с началом в молодом возрасте с склонностью к кетозу тип 1 (E10)</p>	<p>РУ</p>	<p>Масса и длина тела Определение содержания глюкозы в крови  Определение содержания кетоновых тел в моче  Самоконтроль уровня гликемии Определение содержания гликирован-</p>	<p>2 раза/год 2 раза при выявлении, далее по показаниям При выявлении, далее по показаниям Не менее 4 раз в сутки 1 раз в 6 месяцев</p>	<p>Определение содержания кетоновых тел в крови Определение содержания фруктозамина УЗИ органов брюшной полости Консультация врачей: педиатра, аллерголога (при непереносимости препаратов инсулина)</p>	<p>Обучение в «Школе диабета» Диетотерапия- диета Д (близкий аналог номерной системы диет -диета № 9). Расчет хлебных единиц производится в соответствии с приложением 1 к настоящему протоколу Базис-болюсный режим инсулинотерапии человеческими генно-</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния Компенсация (целевой уровень HbA1c менее</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>ного гемоглобина (далее-НвА1с) с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Общий анализ крови Общий анализ мочи Определение содержания альбумина в суточной моче (микроальбуминурия)</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, общий ОХ, ТГ, АсАТ, АлАТ, креатинин Осмотр стоп</p>	<p>1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год через 5 лет (дети старше 11 лет через 2 года) после манифестации СД при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи</p> <p>1 раз в год</p> <p>2 раза в год, при нали-</p>		<p>инженерными инсулинами или аналогами инсулина (расчет суточных доз инсулинотерапии в соответствии с приложением 2)</p> <p>Лечебная физкультура (далее-ЛФК) Консультация на ОУ Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара: -при выявлении заболевания для назначения инсулинотерапии; -для обучения в школе диабета; -по медицинским показаниям</p>		<p>7,5% при отсутствии тяжелых гипогликемий)</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>Осмотр мест инъекций</p> <p>Измерение уровня АД</p> <p>ЭКГ</p> <p>Консультация врача-офтальмолога</p> <p>Консультация врача-невролога</p>	<p>чий жалоб</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>1 раз в год</p> <p>1 раз в год, при наличии жалоб</p> <p>1 раз в год, при наличии жалоб</p>				
	ОУ	<p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение содержания НbA1c 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 (мик-</p>	<p>Не менее 4 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</p> <p>через 5 лет (дети стар-</p>	<p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>Скорость клубочковой фильтрации (далее-СКФ)</p> <p>Гормональное исследование крови: С-пептид</p> <p>Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS</p> <p>Электронейромиография</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Диетотерапия- диета Д (близкий аналог номерной системы диет - диета № 9). Расчет хлебных единиц производится в соответствии с приложением 1 к настоящему протоколу.</p> <p>Базис-болюсный режим инсулинотерапии человеческими генно-</p>	Постоянно	<p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация (целевой уровень НbA1c менее</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>роальбуминурия)</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, АсАТ, АлАТ, креатинин</p> <p>Осмотр мест инъекций</p> <p>Осмотр стоп</p> <p>Измерение уровня АД</p> <p>Консультация врача-</p>	<p>ше 11 лет-через 2 года) после манифестации СД при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи</p> <p>1 раз в год</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>2 раза в год, при наличии жалоб</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>1 раз в год,</p>	<p>Консультация врачей: психотерапевта, подотерапевта, нефролога, кардиолога, акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>инженерными инсулинами или аналогами инсулина (расчет суточных доз инсулинотерапии в соответствии приложением 2 к настоящему протоколу)</p> <p>ЛФК</p> <p>Консультация на РеспУ</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-при выявлении заболевания для назначения инсулинотерапии;</li> <li>-для обучения в школе диабета;</li> <li>-по медицинским показаниям.</li> </ul>		<p>7,5% при отсутствии тяжелых гипогликемий)</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		офтальмолога  Консультация врача-невролога	при наличии жалоб 1 раз в год, при наличии жалоб				
	РеспУ	<p>Определение содержания НвА1с с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Осмотр мест инъекций</p> <p>Осмотр стоп</p> <p>Измерение уровня АД</p>	<p>1 раз в бмесяцев</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>2 раза в год, при наличии жалоб</p> <p>При каждом посещении врача</p>	<p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, общий билирубин, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, АсАТ, АлАТ, креатинин, электролиты (ионы кальция, ионизированного кальция, калия, натрия).</p> <p>Определение содержания в крови диабет-ассоциированных антител</p> <p>Гормональное исследование крови: С-пептид</p> <p>Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Электронейромиография</p> <p>Функциональные тесты для диагностики автономной</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Диетотерапия- диета Д (близкий аналог номерной системы диет - диета № 9). Расчет хлебных единиц производится в соответствии с приложением 1 к настоящему протоколу.</p> <p>Базис-болюсный режим инсулинотерапии человеческими генно-инженерными инсулинами или аналогами инсулина (расчет суточных доз инсулинотерапии в соответствии приложением 2 к настоящему протоколу).</p> <p>ЛФК</p> <p>Назначение лекарственных средств аналогов инсулина на бесплатной ос-</p>	Постоянно	Улучшение состояния Компенсация (целевой уровень НвА1с менее 7,5% при отсутствии тяжелых гипогликемий)

1	2	3	4	5	6	7	8
				<p>нейропатии Консультация врачей: генетика, невролога, офтальмолога, подотерапевта, нефролога, кардиолога, акушера-гинеколога (уролога) Сцинтиграфия почек</p>	<p>нове Определение показаний для проведения инсулинотерапии с использованием инсулиновой помпы, находящейся на балансе государственных организаций здравоохранения Республики Беларусь Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение стационара по медицинским показаниям</p>		
<p>Гипопаратиреоз (E20.0):  Идиопатический гипопаратиреоз (E20.0)  Другие формы гипопаратиреоза (E20.8)</p>	РУ	<p>Масса и длина тела Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, фосфора), ЩФ УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  ЭКГ</p>	<p>2 раза/год 2 раза в год  При верификации диагноза, далее – по показаниям  1 раз в год</p>	<p>Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: ионизированный кальций Гормональное исследование: паратгормон (далее-ПТГ) УЗИ органов брюшной полости Консультация врача-невролога</p>	<p>Комбинированные лекарственные средства (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) внутрь под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови При паратиреоидной те-</p>	<p>Постоянно (заместительная терапия)</p>	<p>Стабилизация Улучшение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
Гипопаратиреоз неуточненный (E20.9) Гипопаратиреоз, возникший после медицинских процедур (E89.2)					тании: кальция глюконат 10% раствор от 1 до 5 (10) мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Консультация на ОУ и РеспУ		
	ОУ	Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, ионизированного кальция) Гормональное исследование крови: ПТГ, кортизол, ТТГ  Консультация врача-невролога	При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: Т4св., АТ ТПО Суточная экскреция кальция с мочой Костная денситометрия УЗИ органов брюшной полости Электронеумиография Консультация врачей: генетика, психиатра, нефролога	Комбинированные лекарственные средства: 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) внутрь под контролем уровня общего и/или ионизированного кальция в сыворотке крови При паратиреоидной тении: кальция глюконат 10% раствор от 1 до 5 (10) мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Консультация на РеспУ	Постоянно	Стабилизация Улучшение состояния
	РеспУ	Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, фосфора)	При верификации диагноза, далее – по	Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол, АКТГ, кальцидиол Суточная экскреция каль-	Комбинированные лекарственные средства: карбонат кальция (500-2000 мг/сут) и холекальцефе-	Постоянно	Стабилизация Улучшение

1	2	3	4	5	6	7	8
		Гормональное исследование крови: ПТГ	показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям	ция с мочой УЗИ органов брюшной полости Костная денситометрия КТ (МРТ) шеи и средостения Сцинтиграфия паращитовидных желез Консультация врачей: онколога, хирурга	рол (400-1200 МЕ/сут). 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 При паратиреоидной тетании: кальция глюконат 10% раствор от 1 до 5 (10) мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Решение вопроса о трансплантации паращитовидных желез		состояния
Псевдогипопаратиреоз (E20.1)	РУ	Масса и длина тела Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, фосфора) УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  ЭКГ	2 раза/год 2 раза/год  При верификации диагноза, далее – по показаниям  1 раз/год	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: общий белок, электролиты (ионизированный кальций) Гормональное исследование крови: ПТГ R-графия трубчатых костей голени (костей кисти) и мягких тканей УЗИ органов брюшной полости	Комбинированные лекарственные средства: 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 и фосфора в сыворотке крови При паратиреоидной те-	Постоянно	Стабилизация Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
				Консультация врача-невролога	тании: кальция глюконат 10% раствор от 1 до 5 (10) мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Консультация на ОУ или РеспУ		
	ОУ	Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, фосфора, ионизированного кальция), ЩФ Гормональное исследование крови: ПТГ  Консультация врача-нефролога (уролога), врача-невролога	При верификации диагноза, далее – по показаниям  Двукратно с интервалом 2 недели  При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: АКТГ, кортизол, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> АТПО Суточная экскреция кальция с мочой УЗИ органов брюшной полости Костная денситометрия Консультация врачей: генетика, психиатра, нефролога	Комбинированные лекарственные средства: 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 и фосфора в сыворотке крови При паратиреоидной тении: кальция глюконат 10% раствор от 1 до 5 (10) мл в/в медленно в течение 2-3-х минут Консультация на РеспУ	Постоянно	Стабилизация Улучшение состояния
	РеспУ	Биохимическое исследование крови: электролиты электролиты (ионы каль-	При верификации диагноза, далее – по	Гормональное исследование крови: АКТГ, кортизол, ТТГ, Т <sub>4</sub> Суточная экскреция каль-	Комбинированные лекарственные средства: карбонат кальция (500-2000 мг/сут) и холекальцефе-	Постоянно	Стабилизация Улучшение

1	2	3	4	5	6	7	8
		ция, фосфора, ионизированного кальция), ЩФ Гормональное исследование крови: ПТГ	показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям	ция с мочой Костная денситометрия Сцинтиграфия щитовидной и паращитовидных желез Консультация врачей: генетика, офтальмолога, психиатра	рол (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 от 1 до 5 (10) мл в/в медленно в течение 2-3-х минут		состояния
Первичный гиперпаратиреоз (E21.0)  Другие формы гиперпаратиреоза (E21.2)	РУ	Масса и длина тела Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, фосфора) УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  УЗИ почек	2 раза/год 2 раза/год  При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по	Общий анализ крови Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: электролиты (ионизированный кальций) Гормональное исследование: ПТГ (двукратно) УЗИ органов брюшной полости	Ограничение потребления кальция с пищей, обильное питье Консультация на ОУ и/или РеспУ	В зависимости от функционального состояния	Ремиссия Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
		R-графия трубчатых костей голени (костей кисти)	показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям				
	ОУ	Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы ионизированного кальция, фосфора, калия, натрия), ЩФ, глюкоза, АсАТ, АлАТ, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП Гормональное исследование крови: ПТГ  УЗИ органов брюшной полости	При верификации диагноза, далее – по показаниям  Двукратно с интервалом 2 недели 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: бисфосфонаты: алендроновая кислота 70 мг в неделю (по решению консилиума с привлечением главного внештатного детского эндокринолога Минздрава) Определение показаний для хирургического лечения Консультация на РеспУ	В зависимости от формы заболевания	Стабилизация или выздоровление
	РеспУ	Гормональное исследование крови: ПТГ	При верификации диагноза,	Гормональное исследование: остеокальцин, $\beta$ -Кросс Лапс	Ограничение потребления кальция с пищей, обильное питье	В зависимости	Стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
		Костная денситометрия	далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям	Суточная экскреция кальция, фосфора с мочой Сцинтиграфия паращитовидных желез УЗИ органов брюшной полости Консультация врачей: хирурга, генетика, гематолога, ревматолога, гастроэнтеролога, онколога	Консервативная терапия: бисфосфонаты: алендроновая кислота 70 мг в неделю (по решению консилиума с привлечением главного внештатного детского эндокринолога Минздрава)  Определение показаний для хирургического лечения	мости от формы заболевания	
Вторичный гиперпаратиреоз, не классифицированный в других рубриках (E21.1) Исключено вторичный гиперпаратиреоз почечного происхождения (N 25.8)	РУ	Биохимическое исследование крови: креатинин, АлАТ, АсАТ, общий белок, электролиты (ионы кальция, фосфора), ЩФ УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  УЗИ органов брюшной полости	При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по	Биохимическое исследование крови: электролиты (ионизированный кальций) ФГДС Консультация врача-терапевта	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 Консультация на ОУ	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
			показаниям				
	ОУ	<p>Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, фосфора)</p> <p>Гормональное исследование крови: ПТГ</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>Двукратно с интервалом 2 недели</p>	<p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>ФГДС</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Суточная экскреция кальция с мочой</p> <p>Гормональное исследование крови: витамин Д (кальцитриол)</p> <p>Сцинтиграфия паращитовидных желез</p> <p>Колоноскопия</p> <p>КТ (МРТ) шеи и средостения</p> <p>Костная денситометрия</p> <p>Консультация врача-нефролога, гастроэнтеролога</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 РеспУ</p>	Постоянно	Улучшение состояния
	РеспУ	<p>Гормональное исследование крови: ПТГ, витамин Д (кальцитриол)</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, фосфора)</p> <p>Суточная экскреция кальция с мочой</p>	<p>Активные метаболиты витамина Д<sub>3</sub> (кальцитриол – 0,5-2 мкг/сут) внутрь под контролем уровня общего и/или ионизированного</p>	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		Костная денситометрия	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Сцинтиграфия паращитовидных желез Консультация врачей: гематолога, гастроэнтеролога, невролога, нефролога, онколога, травматолога-ортопеда КТ органов брюшной полости КТ (МРТ) шеи и средостения	кальция в сыворотке крови		
Акромегалия и гипофизарный гигантизм (E22.0)	РУ	Длина тела Определение скорости роста  Определение уровня глюкозы в крови  ЭКГ  Рентгенограмма кисти и запястья (кост-	При верификации диагноза, далее по показаниям При верификации диагноза, далее по показаниям При верификации диагноза, далее по показаниям При верификации	Биохимическое исследование крови: общий белок, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинин, электролиты (ионы калия, кальция), ЩФ ПТТГ Гормональное исследование крови: пролактин, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол, ФСГ, ЛГ, тестостерон (мальчики), эстрадиол (девочки) УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов УЗИ органов брюшной полости УЗИ органов малого таза КТ (МРТ) области гипофи-	Медикаментозная терапия: Агонисты дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут внутрь или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю Консультация на ОУ или РеспУ	Постепенно до выздоровления	Компенсация функции или выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>ный возраст)</p> <p>Консультация врача-офтальмолога</p> <p>Измерение АД</p>	<p>диагноза, далее по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p> <p>При каждом посещении врача</p>	<p>за</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога</p>			
	ОУ	<p>КТ (МРТ) гипофиза с контрастированием</p> <p>УЗИ щитовидной железы</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, поля зрения), врача-акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Консультация генетика (кариотип)</p> <p>ПТТГ</p> <p>ЭКГ</p> <p>Биохимическое исследование крови: электролиты (ионизированный кальций), ЩФ</p> <p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, кортизол, пролактин</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>УЗИ органов малого таза</p>	<p>Агонисты дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю</p> <p>Консультация на РеспУ</p>	<p>Постоянно до выздоровления</p>	<p>Компенсация функции или выздоровление</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
				УЗИ молочных желез ЭХО-кардиография Костная денситометрия			
	РеспУ	<p>Определение уровня СТГ на фоне ПТТГ с 1,75 г глюкозы на 1 кг массы тела</p> <p>Гормональное исследование крови: АКТГ, ИРФ-1, СТГ МРТ области гипофиза с контрастированием</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, компьютерная периметрия)</p>	<p>При верификации диагноза, далее по показаниям 1 раз/год (по показаниям чаще)</p> <p>1 раз/год (по показаниям чаще)</p> <p>1 раз/год (по показаниям чаще)</p>	<p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, кортизол, пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон (мальчики), эстрадиол (девочки), прогестерон</p> <p>Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, креатинин, электролиты (ионы кальция, кальция ионизированного, фосфора)</p> <p>ЩФ</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>Двойная рентгеновская абсорбциометрия</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога</p>	<p>Агонисты дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю, при неэффективности терапии назначение аналогов соматостатина</p> <p>Определение показаний для нейрохирургического лечения, лучевой терапии при наличии объемного образования гипофиза</p>	<p>Постоянно до выздоровления</p>	<p>Компенсация функции или выздоровление</p>
Другие состояния гиперфункции гипофиза Преждевременное половое со-	РУ	<p>Масса и длина тела</p> <p>Оценка стадии полового развития (по Таннеру)</p> <p>Рентгенография кисти и лучезапястного сустава (костный возраст)</p>	<p>2 раза/год</p> <p>2 раза/год</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, ТТГ, свободный Т<sub>4</sub></p> <p>УЗИ органов малого таза (яичек)</p> <p>МРТ (КТ) области гипофиза</p>	<p>Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона: трипторелин 3,75 мг в/м 60-100 мкг/кг 1 раз в 28 дней</p> <p>Консультация на ОУ или РеспУ</p>	<p>Достижения возраста норм-</p>	<p>Улучшение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
зревание центрального происхождения (E22.8)				Консультация врачей: офтальмолога, невролога		мального пубертата	
	ОУ	КТ (МРТ) гипофиза с контрастированием  УЗИ органов малого таза (яичек)  Консультация врачей: офтальмолога (глазное дно, поля зрения), акушера-гинеколога (уролога), невролога	При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям	Консультация врача-нейрохирурга	Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона: трипторелин 3,75 мг в/м 60 - 100 мкг/кг 1 раз в 28 дней Консультация на РеспУ	До достижения возраста нормального пубертата	Улучшение состояния
	РеспУ	Гормональное исследование крови: дегидроэпиандростерон (далее-ДГЭА), 17 оксипрогестерона (далее-17-	При верификации диагноза, далее – по показаниям	КТ надпочечников УЗИ щитовидной железы УЗИ молочных желез Консультация врача-нейрохирурга	Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона: трипторелин 3,75 мг в/м 60 - 100 мкг/кг 1 раз в 28 дней Определение показаний для первичного назначе-	До достижения возраста воз-	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>ОПГ), АКТГ, кортизола Проба с аналогом-гонадотропин-рилизинг гормона (трипторелином)</p> <p>Консультация врачей: гинеколога-эндокринолога (уролога), офтальмолога (глазное дно, компьютерная периметрия) КТ (МРТ) гипофиза с контрастированием</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>		<p>ния или отмены аналогов-гонадотропин-рилизинг гормона, нейрохирургического лечения при объемном образовании головного мозга</p>	<p>растанормального пубертата</p>	
<p>Гипогонадотропный гипогонадизм (E23.0)</p>	<p>РУ</p>	<p>Масса и длина тела Оценка стадии полового развития (по Таннеру) Рентгенография кисти и лучезапястного сустава (костный возраст)</p>	<p>2 раза/год 2 раза/год</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, эстрадиол (девочки), тестостерон (мальчики), пролактин, ТТГ, св.Т<sub>4</sub> УЗИ органов малого таза (яичек) МРТ (КТ) области гипофиза Консультация врачей: оф-</p>	<p>Рекомбинантный человеческий хорионический гонадотропин 1000-2000 ЕД 2 раза/нед в/м Этрогены: эстрадиол 0,02-0,1 мг/сут внутрь с переходом на циклическую терапию эстрогенами и прогестагенами (девочки) по назначению врача-</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
				гальмолога, невролога, оториноларинголога (обоняние)	акушера-гинеколога на ОУ или Респ.У; продолжительные лекарственные средства эстрогенов тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й и далее 250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м (мальчики) Консультация на ОУ или РеспУ		
	ОУ	Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, пролактин, ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АКТГ, кортизол  Консультация врачей: офтальмолога (глазное дно, поля зрения), акушера-гинеколога (уролога), невролога, оториноларинголога (обоняние) МРТ (КТ) области гипофиза с контра-	При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации	Проведение тестов с хорионическим гонадотропином УЗИ органов малого таза (яичек) Консультация врача-генетика (определение карриотипа)	Рекомбинантный человеческий хорионический гонадотропин 1000-2000 ЕД 2 раза/нед в/м Эстрогены: эстрадиол 0,02-0,1 мг/сут внутрь с переходом на циклическую терапию эстрогенами и прогестагенами (девочки) по назначению врача-акушера-гинеколога на ОУ или Респ.У; продолжительные лекарственные средства эстрогенов тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		стированием	диагноза, далее – по показаниям		в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й и далее 250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м (мальчики) Консультация на РеспУ		
	РеспУ	Тест с хориониче- ским гонадотропи- ном  Проба с аналогом- гонадотропин- рилизинг гормона (трипторелином)  УЗИ органов малого таза (яичек)  Консультация врача- генетика (определе- ние кариотипа)  МРТ области гипо-	При вери- фикации диагноза, далее – по показаниям  При вери- фикации диагноза, далее – по показаниям  При вери- фикации диагноза, далее – по показаниям  При вери-	Гормональное исследова- ние крови: ИРФ-1, АКТГ	Рекомбинантный челове- ческий хорионический гонадотропин 1000-2000 ЕД 2 раза/нед в/м Этрогены: эстрадиол 0,02- 0,1 мг/сут внутрь с пере- ходом на циклическую терапию эстрогенами и прогестагенами (девочки) по назначению врача- акушера-гинеколога Респ.У; продолженные лекар- ственные средства эсте- ров тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й и далее 250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м (мальчики)	По- сто- янно	Улуч- шение состоя- ния

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>физа с контрастированием</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога (глазное дно, компьютерная периметрия), гинеколога-эндокринолога (уролога)</p>	<p>фикации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>				
Идиопатическая недостаточность гормона роста (E23.0)	РУ	<p>Масса и длина тела, пропорции тела</p> <p>Оценка стадии полового развития (по Таннеру)</p> <p>Рентгенография кисти и запястья (костный возраст)</p>	<p>4 раза/год</p> <p>2 раза/год</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Глюкоза крови</p> <p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т<sub>4</sub>, пролактин, кортизол, ФСГ, ЛГ, тестостерон (мальчики), эстрадиол (девочки)</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога, невролога</p>	<p>Соматропин: начальная доза 0,17 мг/кг/нед п/к, при снижении скорости роста дозу увеличить до 0,25 мг/кг/нед п/к</p> <p>В пубертатном периоде - 0,3 мг/кг/нед п/к</p> <p>Консультация на ОУ (РеспУ)</p>	Постоянно	Улучшение состояния
	ОУ	<p>Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, пролактин, кортизол, тестостерон (мальчики), эстрадиол (девочки), ТТГ, св. Т<sub>4</sub></p> <p>МРТ (КТ) гипофиза</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При вери-</p>	<p>УЗИ органов малого таза (яичек)</p> <p>УЗИ щитовидной железы</p> <p>Консультация врачей: нейрохирурга, генетика (кариотип)</p>	<p>Соматропин: начальная доза 0,17 мг/кг/нед п/к, при снижении скорости роста дозу увеличить до 0,25 мг/кг/нед п/к</p> <p>В пубертатном периоде - 0,3 мг/кг/нед п/к</p> <p>Консультация на РеспУ</p>	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>с контрастированием</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога (глазное дно, поля зрения), невролога</p>	<p>фикации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>		<p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение РеспУ для проведения стимуляционных проб с инсулином, клонидином (леводопой, глюкагоном)</p>		
	РеспУ	<p>Стимуляционные пробы с инсулином, клонидином (леводопой, глюкагоном)</p> <p>Гормональное исследование крови: ИФР-1, АКТГ</p> <p>МРТ (КТ) гипофиза с контрастированием</p> <p>Консультация вра-</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При вери-</p>		<p>Соматропин: начальная доза 0,17 мг/кг/нед п/к, при снижении скорости роста дозу увеличить до 0,25 мг/кг/нед п/к В пубертатном периоде - 0,3 мг/кг/нед п/к Определение показаний для первичного назначения и отмены соматропина Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение РеспУ для проведения стимуляционных проб с инсулином, клонидином (леводопой, глюкагоном)</p>	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		чей: офтальмолога (глазное дно, компьютерная периметрия)	фикации диагноза, далее – по показаниям				
Изолированная недостаточность: гонадотропина гормона роста других гормонов гипофиза Пангипопитуитаризм Гипофизарная (ый): кахексия низкорослость [карликовость] (E23.0)	РУ	<p>Масса и длина тела, пропорции тела Оценка стадии полового развития (по Таннеру) Рентгенография кисти и запястья (костный возраст)</p> <p>Контроль уровня АД</p> <p>Определение уровня глюкозы в крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>УЗИ щитовидной</p>	<p>4 раза/год</p> <p>2 раза/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации</p>	<p>Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, креатинин, общий белок, ОХ, ТГ, электролиты (ионы калия, натрия)</p> <p>Относительная плотность удельного веса мочи (проба по Зимницкому)</p> <p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, кортизол, ФСГ, ЛГ</p> <p>КТ (МРТ) гипофиза</p> <p>ЭКГ</p> <p>Консультация врачей: оториноларинголога (обоняние), невролога, акушера-гинеколога, уролога</p>	<p>Лечение по мере необходимости в соответствии с выраженностью нарушений функций эндокринной системы</p> <p>При недостаточности гонадотропных гормонов: рекомбинантный человеческий хорионический гонадотропин 1000-2000 ЕД 2 раза/нед в/м; эстрогены: эстрадиол 0,02-0,1 мг/сут внутрь с переходом на циклическую терапию эстрогенами и прогестагенами (девочки) по назначению врача-акушера-гинеколога Респ.У;</p> <p>пролонгированные лекарственные средства эстеров тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й</p>	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>Консультация врача-офтальмолога</p>	<p>фикации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>		<p>и далее 250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м (мальчики)</p> <p>При недостаточности антидиуретического гормона (далее - АДГ) десмопрессин 0,1-0,6 мг/сут под контролем удельной плотности мочи и объема выпиваемой жидкости</p> <p>При гипотиреозе: левотироксин натрия внутрь:</p> <p>0-3 месяца жизни – 10-15 мкг/кг/сут,</p> <p>3-6 месяцев жизни – 8-10 мкг/кг/сут,</p> <p>6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут,</p> <p>1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут.,</p> <p>6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут,</p> <p>&gt;12 лет – 2-4 мкг/кг/сут под контролем св. Т<sub>4</sub></p> <p>При надпочечниковой недостаточности: гидрокортизон 8 -12 мг/м<sup>2</sup>/сут под контролем АД, массы тела</p> <p>Консультация на ОУ или РеспУ</p>		
	ОУ	Гормональное ис-	При вери-	Общий анализ крови	Лечение по мере необхо-	По-	Улуч-

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>следование крови: ТТГ, св.Т<sub>4</sub>, пролактин, тестостерон, эстрадиол, кортизол, ЛГ, ФСГ</p> <p>Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция, ЩФ, АсАТ, АлАТ, ОХ, ТГ</p> <p>МРТ (КТ) гипофиза с контрастированием</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога, оториноларинголога (обоняние), невролога</p>	<p>фикации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Анализ мочи по Зимницкому</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>УЗИ органов малого таза (яичек)</p> <p>ЭКГ</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)</p> <p>Консультация врачей: психотерапевта, генетика (кариотип)</p>	<p>димости в соответствии с выраженностью нарушений функций эндокринной системы.</p> <p>При недостаточности гонадотропных гормонов: рекомбинантный человеческий хорионический гонадотропин 1000-2000 ЕД 2 раза/нед в/м; эстрогены: эстрадиол 0,02-0,1 мг/сут внутрь с переходом на циклическую терапию эстрогенами и прогестагенами (девочки) по назначению врача-акушера-гинеколога</p> <p>Респ.У;</p> <p>продолжительные лекарственные средства эстрогенов тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й и далее 250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м (мальчики)</p> <p>При недостаточности антидиуретического гормона (далее - АДГ) десмопрессин 0,1-0,6 мг/сут</p>	стойко	шение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>под контролем удельной плотности мочи и объема выпиваемой жидкости  При гипотиреозе: левотироксин натрия внутрь:  0-3 месяца жизни – 10-15 мкг/кг/сут,  3-6 месяцев жизни – 8-10 мкг/кг/сут,  6-12 месяцев - 6-8 мкг/кг/сут,  1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут.,  6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут,  &gt;12 лет – 2-4 мкг/кг/сут  под контролем св.Т<sub>4</sub>,  При надпочечниковой недостаточности: гидрокортизон 8 -12 мг/м<sup>2</sup>/сут  под контролем АД, массы тела  Консультация на РеспУ  Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p>		
	РеспУ	Гормональное исследование крови: пролактин, ФСГ, ЛГ,	При верификации диагноза,	Биохимическое исследование крови: общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин,	Лечение по мере необходимости в соответствии с выраженностью наруше-	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>тестостерон, эстрадиол, прогестерон, кортизол, АКТГ, ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, ИФР-1 МРТ области гипофиза с контрастированием</p> <p>Консультация врача-офтальмолога (глазное дно, компьютерная периметрия)</p> <p>Консультация врачей: гинеколога-эндокринолога (уролога)</p>	<p>далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, электролиты (ионы калия, натрия, кальция, ионизированного кальция, фосфора), ЩФ</p> <p>Гормональное исследование крови: св. тестостерон</p> <p>Свободный кортизол в суточной моче</p> <p>Свободный кортизол в слюне</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>Двойная рентгеновская абсорбциометрия</p> <p>Консультация врача-нейрохирурга</p>	<p>ний функций эндокринной системы.</p> <p>При недостаточности гонадотропных гормонов: рекомбинантный человеческий хорионический гонадотропин 1000-2000 ЕД 2 раза/нед в/м;</p> <p>этрогены: эстрадиол 0,02-0,1 мг/сут внутрь с переходом на циклическую терапию эстрогенами и прогестагенами (девочки) по назначению врача-акушера-гинеколога Респ.У;</p> <p>продолжительные лекарственные средства эстрогенов тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й и далее 250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м (мальчики)</p> <p>При недостаточности антидиуретического гормона (далее - АДГ) десмопрессин 0,1-0,6 мг/сут под контролем удельной плотности мочи и объема</p>		<p>ния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>выпиваемой жидкости  При гипотиреозе: левоти-  роксин натрия внутрь:  0-3 месяца жизни – 10-15  мкг/кг/сут,  3-6 месяцев жизни – 8-10  мкг/кг/сут,  6-12 месяцев - 6-8  мкг/кг/сут,  1-5 лет - 4-6 мкг/кг/сут.,  6-12 лет – 3-5 мкг/кг/сут,  &gt;12 лет – 2-4 мкг/кг/сут  под контролем св.Т<sub>4</sub>,  При надпочечниковой  недостаточности: гидро-  кортизон 8 -12 мг/м<sup>2</sup>/сут  под контролем АД, массы  тела  Определение показаний  для первичного назначе-  ния или отмены соматро-  пина, нейрохирургическо-  го лечения  Госпитализация в специ-  ализированное эндокри-  нологическое отделение  по медицинским показа-  ниям</p>		
Несахар-	РУ	Определение уровня	При вери-	Биохимическое исследова-	Заместительная терапия:	По-	Улуч-

1	2	3	4	5	6	7	8
ный диабет Е 23.1, Е89.3 (ис- ключен нефроген- ный неса- харный диабет (N 25.1)		глюкозы в крови  Общий анализ мочи  Суточный диурез с определением отно- сительной плотности мочи	фикации диагноза, далее – по показаниям При вери- фикации диагноза, далее – по показаниям При вери- фикации диагноза, далее – по показаниям	ние крови: креатинин, элек- тролиты (ионы калия, натрия), ЩФ Гормональное исследова- ние крови: ТТГ, кортизол КТ (МРТ) области гипофи- за Анализ мочи по Зимницко- му ЭКГ Консультация врачей: ото- риноларинголога, невроло- га, офтальмолога	препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - внутри 0,2-0,6 мг 2-3 ра- за/сут Консультация на ОУ или РеспУ	сто- янно	шение самочув- ствия Ком- пенса- ция функ- ции
	ОУ	Биохимическое ис- следование крови: электролиты (ионы калия, натрия)  КТ (МРТ) области гипофиза с контра- стированием  Консультация вра- чей: офтальмолога, оториноларинголога,	При вери- фикации диагноза, далее – по показаниям  При вери- фикации диагноза, далее – по показаниям  При вери- фикации диагноза,	Суточный диурез с опреде- лением относительной плотности мочи Анализ мочи по Зимницко- му Гормональное исследова- ние крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , АКТГ УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатиче- ских узлов УЗИ органов малого таза (яичек) Консультация врача- психотерапевта, генетика	Заместительная терапия: препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - внутри 0,2-0,6 мг 2-3 ра- за/сут Консультация на РеспУ Госпитализация в специ- ализированное эндокри- нологическое отделение по медицинским показа- ниям	По- сто- янно	Улуч- шение самочув- ствия Ком- пенса- ция функ- ции

1	2	3	4	5	6	7	8
		невролога	далее – по показаниям	(по показаниям)			
	РеспУ	МРТ области гипофиза с контрастированием  Консультация врачей: офтальмолога, невролога	При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы калия, натрия) Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон (мальчики), эстрадиол (девочки), прогестерон (девочки), кортизол, АКТГ Консультация врача-нейрохирурга	Заместительная терапия: препараты задней доли гипофиза: десмопрессин - внутрь 0,2-0,6 мг 2-3 раза/сут Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям	Постоянно	Улучшение самочувствия Компенсация функции
Болезнь Иценко-Кушинга гипотизарного происхождения (E24.0)  Периферический гиперкортицизм  Другие виды гиперсекреции	РУ	Общий анализ крови  Определение уровня глюкозы в крови  Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинин, электролиты (ионы	При верификации диагноза, далее по показаниям При верификации диагноза, далее по показаниям  При верификации диагноза, далее по показаниям	Пероральный глюкозотолерантный тест (далее ПГТТ) УЗИ органов брюшной полости Фиброгастродуоденоскопия Гормональное исследование крови: кортизол КТ области надпочечников R-графия позвоночника Консультация врачей: офтальмолога, акушера-гинеколога (уролога), невролога	Симптоматическая терапия: - антигипертензивные лекарственные средства внутри (каптоприл 0,3-0,5 мг/кг /сут, эналаприл 0,1-0,6 мг/кг/сут или лизиноприл 0,08-0,6 мг/сут или атенолол 0,5-1 мг/кг/сут, метопролол 0,5-1 мг/кг/сут, пропранолол 1 мг/кг/сут под контролем АД) - сахароснижающие лекарственные средства (метформин с 500 мг/сут	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>коры надпочечников (E27.0) (АКТГ-эктопированный синдром гиперкортицизма)</p> <p>Другие уточненные нарушения надпочечников (E27.8) Болезнь надпочечников неуточненная (E27.9)</p>		<p>калия, натрия, кальция), ЩФ ЭКГ</p> <p>Общий анализ мочи</p>	<p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p>		<p>с постепенным увеличением дозы в течение 3-4 нед до 1500-2000 мг/сут и/или инсулинотерапия под контролем уровня гликемии, гликированных белков)</p> <p>- лечение остеопороза: комбинированные препараты кальция (500-2000 мг/сут) и витамина Д3 (200-1200 МЕ/сут) внутрь</p> <p>- бисфосфонаты: алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю (по решению консилиума с привлечением главного внештатного детского эндокринолога Минздрава)</p> <p>Консультация на ОУ или Респ.У</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p>		
	ОУ	Биохимическое исследование крови: ОХ, ТГ, ЛПВП,	При верификации диагноза,	Анализ крови на содержание HbA1c Гормональное исследова-	Симптоматическая терапия: - антигипертензивные ле-	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>ЛПНП, электролиты (ионы кальция, ионизированного кальция, фосфора), ЩФ</p> <p>Гормональное исследование крови: кортизол, ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, тестостерон</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога, акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>ние крови: АКТГ</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>карственные средства внутрь (каптоприл 0,3-0,5 мг/кг /сут, эналаприл 0,1-0,6 мг/кг/сут или лизиноприл 0,08-0,6 мг/сут или атенолол 0,5-1 мг/кг/сут, метопролол 0,5-1 мг/кг/сут, пропранолол 1 мг/кг/сут под контролем АД)</p> <p>- сахароснижающие лекарственные средства (метформин с 500 мг/сут с постепенным увеличением дозы в течение 3-4 нед до 1500-2000 мг/сут и/или инсулинотерапия под контролем уровня гликемии, гликированных белков)</p> <p>- лечение остеопороза: комбинированные препараты кальция (500-2000 мг/сут) и витамина Д3 (200-1200 МЕ/сут) внутрь</p> <p>- бисфосфонаты: алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю (по решению консилиума с привлечением главного внештат-</p>		<p>ния</p> <p>Стабилизация</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
					ного детского эндокринолога Минздрава) Консультация на Респ.У Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям		
	Респ.У	Суточный анализ мочи на свободный кортизол (двукратно) или свободный кортизол в слюне (двукратно) или малая дексаметазоновая проба (1мг, 2 мг дексаметазона) МРТ области гипофиза с контрастированием  Биохимическое исследование крови: ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, электролиты (ионы кальция, ионизированного кальция, фосфора),	При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям	Циркадный ритм секреции кортизола Большая дексаметазоновая проба КТ области надпочечников Анализ крови на содержание HbA1c Консультация врачей: акушера-гинеколога, радиолога УЗИ органов малого таза	Агонисты дофаминовых рецепторов – бромокриптин 2,5-7,5 мг/сут или каберголин 0,5-4,5 мг/нед Ингибитор стероидогенеза: кетоконазол 400-1200 мг/сут внутрь Антагонист альдостерона: спиронолактон 1 мес-12 лет - 1-3 мг/кг в сутки в 1-2 приема; 12-18 лет - 50-100 мг/сут в 1-2 приема; до 9 мг/кг в сутки (максимальная суточная доза 400 мг) внутрь Симптоматическая терапия: - антигипертензивные лекарственные средства внутри (каптоприл 0,3-0,5	Постоянно	Улучшение состояния Стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>ЩФ</p> <p>Гормональное исследование крови: определение уровня адренокортикотропного гормона (далее АКТГ), альдостерона, дигидроэпиандростерона (далее - ДГЭА), ЛГ, ФСГ, пролактин, прогестерона и эстрадиола по фазам цикла</p> <p>Консультация врача-нейрохирурга, врача-офтальмолога</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>		<p>мг/кг /сут, эналаприл 0,1-0,6 мг/кг/сут или лизинаприл 0,08-0,6 мг/сут или атенолол 0,5-1 мг/кг/сут, метопролол 0,5-1 мг/кг/сут, пропранолол 1 мг/кг/сут под контролем АД)</p> <p>- сахароснижающие лекарственные средства(метформин с 500 мг/сут с постепенным увеличением дозы в течение 3-4 нед до 1500-2000 мг/сут и/или инсулинотерапия под контролем уровня гликемии, гликированных белков)</p> <p>- лечение остеопороза: комбинированные препараты кальция (500-2000 мг/сут) и витамина Д3 (200-1200 МЕ/сут) внутрь</p> <p>- бисфосфонаты: алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю (по решению консилиума с привлечением главного внештатного детского эндокринолога Минздрава)</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>Определение показаний для лучевой терапии на область гипофиза</p> <p>Определение показаний для хирургического лечения</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p>		
<p>Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов</p> <p>Врожденная гиперплазия надпочечников</p> <p>Дефицит 21-гидроксилазы</p> <p>Врожден-</p>	<p>РУ</p>	<p>Масса и длина тела</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Биохимическое исследование крови: мочевины, электролиты (ионы калия, натрия, хлора), глюкоза</p> <p>Контроль АД</p> <p>УЗИ гонад (яичек или органов малого таза)</p> <p>УЗИ надпочечников</p>	<p>1 раз/месяц</p> <p>1 раз/год</p> <p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Гормональное исследование крови: кортизол, тестостерон</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>Препараты группы глюкокортикоидов и минералокортикоидов в зависимости от формы заболевания.</p> <p>Глюкокортикоиды – гидрокортизон – лекарственное средство выбора, 12-15 мг/м<sup>2</sup>/сут внутрь, назначение преднизолона (10 мг/м<sup>2</sup>/сут) внутрь возможно при закрытых зонах роста</p> <p>Минералокортикоиды (при сольтеряющей форме): флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут внутрь под контролем</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
ная гиперплазия надпочечников, вызывающая потерю соли (E25.0)		Рентгенограмма кисти и лучезапястного сустава	1 раз/год		АД, уровней калия, натрия Консультация на ОУ Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение: -при установлении диагноза -по медицинским показаниям		
	ОУ	Биохимическое исследование крови: креатинин, электролиты (ионы калия, натрия, хлора, кальция) Гормональное исследование крови: кортизол, тестостерон КТ области надпочечников  Консультация акушера-гинеколога (уролога)	1 раз/год  1 раз/год  При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза,	Гормональное исследование крови: 17-ОН прогестерон, ЛГ, ФСГ, ДГЭА УЗИ органов малого таза Консультация врача-генетика (кариотип)	Препараты группы глюкокортикоидов и минералокортикоидов в зависимости от формы заболевания. Глюкокортикоиды– гидрокортизон – лекарственное средство выбора, 12-15 мг/м <sup>2</sup> /сут внутрь. назначение преднизолона (10 мг/м <sup>2</sup> /сут) внутрь возможно при закрытых зонах роста. Минералокортикоиды (при сольтеряющей форме): флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут внутрь под контролем АД, уровней калия,	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
			далее – по показаниям		натрия Консультация на РеспУ при неэффективности терапии, отсутствии компенсации заболевания Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение: -при установлении диагноза -по медицинским показаниям		
	РеспУ	Биохимическое исследование крови: креатинин, электролиты (ионы калия, натрия, хлора, кальция, ионизированного кальция, фосфора)  Гормональное исследование крови: ДГЭА, ЛГ, ФСГ, 17-ОПГ, АКТГ, кортизол, альдостерон, тестостерон, андростендион, прогестерон	1 раз/год  При верификации диагноза, далее – по показаниям	УЗИ органов малого таза МРТ области гипофиза с контрастированием КТ области надпочечников Консультация врача-генетика (кариотип)	Препараты группы глюкокортикоидов и минералокортикоидов в зависимости от формы заболевания. Глюкокортикоиды– гидрокортизон – лекарственное средство выбора, 12-15 мг/м <sup>2</sup> /сут внутрь. назначение преднизолона (10 мг/м <sup>2</sup> /сут) внутрь возможно при закрытых зонах роста. Минералокортикоиды (при сольтеряющей форме): флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут	Постоянно	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)	При верификации диагноза, далее – по показаниям		внутри под контролем АД, уровней калия, натрия Определение показаний для хирургического лечения, по показаниям - пластика наружных половых органов (девочки) Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение: -при установлении диагноза -по медицинским показаниям		
Первичный гиперальдостеронизм (E26.0) Синдром Конна Первичный альдостеронизм, обусловленный гиперплазией надпочечников (двусторон-	РУ	Общий анализ мочи  Биохимическое исследование крови: креатинин, электролиты (ионы калия, натрия) ЭКГ Измерение АД	При верификации диагноза, далее – по показаниям  2 раза/год  2 раза/год При каждом посе-	Анализ мочи по Зимницкому Консультация врачей: нефролога (уролога), кардиолога, офтальмолога  УЗИ органов брюшной полости КТ области надпочечников	Ограничение поваренной соли Антагонисты альдостерона: новорожденные - 1-2 мг/кг в сутки в 1-2 приема; 1 мес-12 лет - 1-3 мг/кг в сутки в 1-2 приема; 12-18 лет - 50-100 мг/сут в 1-2 приема; (максимальная суточная доза 400 мг) внутрь Симптоматическое лечение: антигипертензивные лекарственные средства	Постоянно	Восстановление здоровья Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
ний)		Самоконтроль АД	щении врача Ежедневно		внутри (каптоприл 0,3-0,5 мг/кг /сут, эналаприл 0,1-0,6 мг/кг/сут или лизиноприл 0,08-0,6 мг/сут или атенолол 0,5-1 мг/кг/сут, метопролол 0,5-1 мг/кг/сут, пропранолол 1 мг/кг/сут под контролем АД) При глюкокортикоид-подавляемом гиперальдостеронизме – дексаметазон 0,5-1 мг/сут внутри на ночь Консультация на ОУ или РеспУ Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение: -при установлении диагноза -по медицинским показаниям		
	ОУ	Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, глюкоза, креатинин, электролиты (ионы калия, натрия)	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Холтеровское мониторирование АД ЭХО-кардиография Консультация врачей: кардиолога, офтальмолога	Ограничение поваренной соли Антагонисты альдостерона: новорожденные - 1-2 мг/кг в сутки в 1-2 приема; 1 мес-12 лет - 1-3	Постоянно	Восстановление здоровья Улуч-

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>Гормональное исследование крови: кортизол</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Измерение АД</p> <p>Самоконтроль АД</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>Ежедневно</p>		<p>мг/кг в сутки в 1-2 приема; 12-18 лет - 50-100 мг/сут в 1-2 приема; (максимальная суточная доза 400 мг) внутрь</p> <p>Симптоматическое лечение: антигипертензивные лекарственные средства внутрь (каптоприл 0,3-0,5 мг/кг /сут, эналаприл 0,1-0,6 мг/кг/сут или лизиноприл 0,08-0,6 мг/сут или атенолол 0,5-1 мг/кг/сут, метопролол 0,5-1 мг/кг/сут, пропранолол 1 мг/кг/сут под контролем АД)</p> <p>При глюкокортикоидподавляемом гиперальдостеронизме – дексаметазон 0,5-1 мг/сут внутрь на ночь</p> <p>Консультация на РеспУ</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-при установлении диагноза</li> <li>-по медицинским показаниям</li> </ul>		<p>шение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
	Респ. У	<p>Диагностические пробы с нагрузкой изотоническим раствором хлорида натрия; ортостатическая с фуросемидом; антоганистами альдостерона (спиролактон)</p> <p>Гормональное исследование крови: альдостерона (мониторирование)</p> <p>Консультация врачей: кардиолога, офтальмолога, хирурга</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Гормональное исследование крови: активность ренина плазмы</p> <p>КТ надпочечников</p>	<p>Ограничение поваренной соли</p> <p>Антагонисты альдостерона: новорожденные - 1-2 мг/кг в сутки в 1-2 приема; 1 мес-12 лет - 1-3 мг/кг в сутки в 1-2 приема; 12-18 лет - 50-100 мг/сут в 1-2 приема; (максимальная суточная доза 400 мг) внутрь</p> <p>Симптоматическое лечение: антигипертензивные лекарственные средства внутрь (каптоприл 0,3-0,5 мг/кг /сут, эналаприл 0,1-0,6 мг/кг/сут или лизиноприл 0,08-0,6 мг/сут или атенолол 0,5-1 мг/кг/сут, метопролол 0,5-1 мг/кг/сут, пропранолол 1 мг/кг/сут под контролем АД)</p> <p>При глюкокортикоидподавляемом гиперальдостеронизме – дексаметазон 0,5-1 мг/сут внутрь на ночь</p> <p>Госпитализация в специ-</p>	Посто- янно	Восста- новле- ние здоровья Улуч- шение состоя- ния

1	2	3	4	5	6	7	8
					ализированное эндокринологическое отделение: -при установлении диагноза -по медицинским показаниям Определение показаний для хирургического лечения		
Задержка полового созревания Конституциональная задержка полового созревания (E30.0)	РУ	Масса и длина тела Оценка стадии полового развития (по Таннеру) Рентгенография кисти и лучезапястного сустава (костный возраст)	2 раза/год  2 раза/год  1 раз/год	Биохимическое исследование крови: общий белок, креатинин, глюкоза, электролиты (ионы кальция, фосфора), АлАТ, АсАТ Гормональное исследование крови: ТТГ УЗИ органов малого таза (яичек) УЗИ щитовидной железы МРТ (КТ) области гипофиза Консультация врачей: офтальмолога, невролога	Полноценное питание Адекватная физическая активность Консультация на ОУ или РеспУ	До начала полового созревания	Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции
	ОУ	Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , пролак-	1 раз/год	Пролонгированный тест с ХГ Консультации врача-	Лечебно-диагностический тест с рекомбинантным челове-	До начала	Выздоровление с

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>тин, тестостерон, эстрадиол, кортизол, ЛГ, ФСГ</p> <p>Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы кальция), ЩФ, АсАТ, АлАТ, ОХ, ТГ</p> <p>МРТ (КТ) области гипофиза с контрастированием</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога, невролога, акушера-гинеколога</p> <p>Короткий тест с хорионическим гонадотропином (далее-ХГ)</p>	<p>1 раз/год</p> <p>При верификации диагноза</p> <p>При верификации диагноза</p> <p>При верификации диагноза</p>	<p>оториноларинголога (обоняние)</p> <p>Консультация врача-генетика (определение карриотипа)</p>	<p>ческим хорионическим гонадотропином (1500 МЕ в/м через день № 3 и/или № 7)., затем наблюдение в течение 3-х мес.</p> <p>Консультация на ОУ или РеспУ</p>	<p>полового созревания</p>	<p>полным восстановлением физиологического процесса или функции</p>
	РеспУ	<p>Определение уровней ДГЭА, ИФР-1 в сыворотке крови</p> <p>Пролонгированный тест с ХГ</p> <p>Консультация врачей: гинеколога-</p>	<p>При верификации диагноза</p> <p>При верификации диагноза</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Тест с аналогом гонадотропин рилизинг гормона (трипторелином)</p>	<p>Половые стероиды в малых дозах: препараты эстеров тестостерона по 50-100 мг 1 раз в 3-4 недели в/м , курс 3-6 месяцев (мальчики); эстрадиол 2 мкг/сут. внутрь ежедневно, курс 3 - 6 месяцев</p>	<p>До начала полового созревания</p>	<p>Выздоровление с полным восстановлением физио-</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		эндокринолога (уролога) МРТ (КТ) области гипофиза с контрастированием	При верификации диагноза		(девочки) под контролем скорости роста и динамики полового созревания	ния	логического процесса или функции
Другие нарушения полового созревания Преждевременное телархе (Е30.8)	РУ	Масса и длина тела  Оценка стадии полового развития (по Таннеру) Рентгенография кисти и лучезапястного сустава (костный возраст)	2 раза/год  2 раза/год  1 раз/год	Гормональное исследование крови: ТТГ УЗИ органов малого таза УЗИ щитовидной железы Консультация врача акушера-гинеколога	Наблюдение с обязательным контролем скорости роста и костного возраста Консультация на ОУ	До нормализации размеров молочных желез	Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции
	ОУ	Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , пролактин, эстрадиол, ЛГ, ФСГ	При верификации диагноза, далее по показаниям	МРТ области гипофиза с контрастированием Консультация: генетика, офтальмолога, невролога	Наблюдение с обязательным контролем скорости роста и костного возраста Консультация на РеспУ при прогрессии скорости	До нормализации	Выздоровление с полным

1	2	3	4	5	6	7	8
		УЗИ органов малого таза  Консультация врача акушера-гинеколога	1 раз/год (по показаниям чаще)  1 раз/год		роста, костного возраста, полового созревания	размеров мочевых желез	восстановлением физиологического процесса или функции
	РеспУ	Консультация врача гинеколога-эндокринолога	1 раз/год	УЗИ органов малого таза МРТ области гипофиза с контрастированием  Проба с аналогом гонадотропин-рилизинг гормоном (трипторелином)		До нормализации размеров мочевых желез	Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции
Ожирение,	РУ	Анамнез (семейный,	При вери-	ПТТГ с 1,75 г глюкозы/ кг	Диета с ограничением	До	Выздо-

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (Е66.0) Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств (Е66.1)</p>		<p>характер питания, физические нагрузки) Скорость набора массы тела (кг/мес.)</p> <p>Расчет индекса массы тела (далее-ИМТ)</p> <p>Окружность талии (далее-ОТ)</p> <p>Оценка стадии полового развития (Таннер)</p> <p>Исследование уровня глюкозы в крови Измерение АД</p> <p>ЭКГ Биохимическое исследование крови:</p>	<p>фикации диагноза</p> <p>При каждом посещении врача и самоконтроль</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>2 раза/год</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>1 раз/год</p> <p>При верификации</p>	<p>массы тела УЗИ внутренних органов УЗИ щитовидной железы Консультация врачей: офтальмолога, невролога</p>	<p>калорий (на 30% за счет углеводов и жиров) Дробный режим питания (в зависимости от возраста) Дозированные физические нагрузки (постепенное расширение нагрузок с 20 минут до 1 часа каждые 2 недели) Подвижные виды спорта (плавание, игры, бег, езда на велосипеде) Консультация на ОУ</p>	<p>нормализации массы тела</p>	<p>ровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		АсАТ, АлАТ, холестерин, ТГ	диагноза, далее 1 раз/год				
	ОУ	Проведение ПТТГ с 1,75 г глюкозы на 1 кг массы тела Гормональное исследование крови: св.Т <sub>4</sub> , ТТГ, эстрадиол, тестостерон, ЛГ, ФСГ, пролактин, кортизол, инсулин Биохимическое исследование крови: мочевая кислота, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, АсАТ, АлАТ	1 раз/год  1 раз/год  1 раз/год	КТ (МРТ) области гипофиза Суточное мониторирование артериального давления Консультация врачей: генетика, уролога (акушера-гинеколога)	Диета с ограничением калорий (на 30% за счет углеводов и жиров) Дробный режим питания (в зависимости от возраста) Дозированные физические нагрузки (постепенное расширение нагрузок с 20 минут до 1 часа каждые 2 недели) Подвижные виды спорта (плавание, игры, бег, езда на велосипеде) Консультация на Респ.У при неэффективности терапии	До нормализации массы тела	Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции
	РеспУ	Исследование уровня ИРИ в крови на фоне ПТТГ с 1,75 г глюкозы на 1 кг массы тела Гормональное исследование крови: АКТГ, кортизол	1 раз/год  При верификации диагноза,	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 с	Диета с ограничением калорий (на 30% за счет углеводов и жиров) Дробный режим питания (в зависимости от возраста) Дозированные физические нагрузки (постепен-	До нормализации массы тела.	Выздоровление с полным восстановлением

1	2	3	4	5	6	7	8
			далее по показаниям	контрастированием Определение уровней ДГЭАС, ИФР-1, лептина в сыворотке крови УЗИ органов малого таза (яичек) Двойная энергетическая рентгеновская абсорбциометрия по программе состав тела Консультация врачей: гинеколога-эндокринолога (уролога)	ное расширение нагрузок с 20 минут до 1 часа каждые 2 недели) Подвижные виды спорта (плавание, игры, бег, езда на велосипеде) Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение для исключения осложненных форм заболевания		физиологического процесса или функции
Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией Пикквикский синдром (Е66.2)	РУ	Анамнез (семейный, характер питания, физические нагрузки) Скорость набора массы тела (кг/мес.)  Расчет ИМТ, изменение ОТ  Оценка стадии полового развития (Таннер)	При верификации диагноза  При каждом посещении врача и самоконтроль При каждом посещении врача При каждом посещении врача	ПТТГ с 1,75 г глюкозы на 1 кг массы тела УЗИ органов брюшной полости УЗИ щитовидной железы Консультация врачей: офтальмолога, невролога	Диета с ограничением калорий (на 30% за счет углеводов и жиров) Дробный режим питания (в зависимости от возраста) Дозированные физические нагрузки (постепенное расширение нагрузок с 20 мин. до 1 часа каждые 2 недели) Метформин : начальная доза 500 мг/сут. Коррекцию дозы проводят в соответствии с ответом на метформин с интервала-	До нормализации массы тела.	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>Исследование уровня глюкозы в крови Измерение АД</p> <p>ЭКГ Биохимическое исследование крови: АсАТ, АлАТ, ОХ, ТГ</p>	<p>ча 2 раза/год</p> <p>При каждом посещении врача ча 1 раз/год</p> <p>При верификации диагноза, далее 1 раз/год</p>		<p>ми не менее 1 нед. Максимальная суточная доза 2 г в 2-3 приема (применяют у детей старше 10-летнего возраста)</p> <p>Физиотерапевтическая терапия: ванны, душ, бассейн, массаж</p> <p>Определение массы тела каждые 7 дней</p> <p>Симптоматическая терапия (по показаниям)</p> <p>Консультация на ОУ при неэффективности терапии</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p>		
	ОУ	<p>Гормональное исследование крови: кортизол, ТТГ, св Т<sub>4</sub>, эстрадиол (девочки), тестостерон (мальчики), ЛГ, ФСГ, пролактин, ИРИ</p> <p>ПТТГ с 1,75 г глюкозы</p>	<p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Исследование уровня ИРИ в крови на фоне ПТТГ с 1,75 г глюкозы на 1 кг массы тела</p> <p>Суточное мониторирование артериального давления</p> <p>КТ/МРТ области гипофиза с контрастированием</p>	<p>Диета с ограничением калорий (на 30% за счет углеводов и жиров)</p> <p>Дробный режим питания (в зависимости от возраста)</p> <p>Дозированные физические нагрузки (постепенное расширение нагрузок)</p>	До нормализации массы тела	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>kozy на 1 кг массы тела</p> <p>УЗИ органов малого таза (яичек)</p> <p>Консультация генетика (кариотип)</p> <p>Консультация врачей: невролога, офтальмолога</p> <p>Эхо-КГ</p>	<p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p>	<p>Консультация врача- кардиолога</p>	<p>с 20 мин. до 1 часа каждые 2 недели)</p> <p>Метформин : начальная доза 500 мг/сут. Коррекцию дозы проводят в соответствии с ответом на метформин с интервалами не менее 1 нед. Максимальная суточная доза 2 г в 2-3 приема ( применяют у детей старше 10-летнего возраста)</p> <p>Физиотерапевтическая терапия: ванны, душ, бассейн, массаж</p> <p>Определение массы тела каждые 7 дней</p> <p>Симптоматическая терапия (по показаниям)</p> <p>Консультация на Респ при неэффективности терапии</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p>		
	РеспУ	Биохимическое исследование крови:	2 раза/год	Определение уровня лептина в сыворотке крови	Диета с ограничением калорий (на 30% за счет	До нор-	Улучшение

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>ЛПВП, ЛПНП, ОХ, ТГ, креатинин, электролиты (ионы калия, натрия, ионизированного кальция)</p> <p>Исследование уровня ИРИ в крови на фоне ПТТГ с 1,75 г глюкозы на 1 кг массы тела</p> <p>Гормональное исследование крови: кортизол (мониторирование), АКТГ</p> <p>Эхо-КГ</p> <p>Консультация врача-хирурга</p>	<p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>При неэффективности медикаментозного лечения</p>	<p>Рентгенография органов грудной клетки</p> <p>МРТ области гипофиза с контрастированием</p> <p>УЗИ органов малого таза (яичек)</p> <p>Двойная энергетическая рентгеновская абсорбциометрия по программе состав тела</p> <p>Консультация врачей: гинеколога-эндокринолога (уролога)</p>	<p>углеводов и жиров)</p> <p>Дробный режим питания (в зависимости от возраста)</p> <p>Дозированные физические нагрузки (постепенное расширение нагрузок с 20 мин. до 1 часа каждые 2 недели)</p> <p>Метформин: начальная доза 500 мг/сут. Коррекцию дозы проводят в соответствии с ответом на метформин с интервалами не менее 1 нед. Максимальная суточная доза 2 г в 2-3 приема (применяют у детей старше 10-летнего возраста)</p> <p>Физиотерапевтическая терапия: ванны, душ, бассейн, массаж</p> <p>Назначение препаратов периферического действия, уменьшающих поступление энергии за счет снижения всасывания питательных веществ в кишечнике: ингибитор кишечной липазы (орли-</p>	<p>мализации</p> <p>массы тела</p>	<p>состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>стат) по решению консилиума с привлечением главного внештатного детского эндокринолога Минздрава.</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p> <p>При отсутствии эффекта от терапевтических мероприятий показана бариатрическая хирургия</p>		
<p>Инсулиннезависимый сахарный диабет (сахарный диабет 2 тип) (E11.0)</p>	<p>РУ</p>	<p>Определение содержания глюкозы в крови натощак</p> <p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение HbA1c с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Общий анализ крови</p> <p>Общий анализ мочи</p> <p>Определение содержания альбумина в</p>	<p>2 раза при выявлении, далее - по показаниям</p> <p>Не менее 4 раз в сутки</p> <p>1 раз в 6 месяцев</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>при отсут-</p>	<p>Пероральный тест толерантности к глюкозе</p> <p>Определение кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>Анализ мочи по Нечипоренко</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Консультация врачей: педиатра, невролога</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни: -диетотерапия- диета Д (близкий аналог номерной системы диет - диета № 9). Расчет хлебных единиц производится в соответствии с приложением 1 к настоящему протоколу. Повышенное содержание в пище грубоволокнистой клетчатки (30 г/сут)</p> <p>-адекватная физическая</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация (целевой уровень HbA1c менее 7,5% при от-</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>суточной моче (микроальбуминурия)</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, ОХ, ТГ, АсАТ, АлАТ, креатинин</p> <p>Антропометрия: масса тела с расчетом ИМТ, окружность талии</p> <p>Осмотр стоп</p> <p>Измерение уровня АД</p> <p>ЭКГ</p> <p>Консультация врача-офтальмолога</p>	<p>ствии воспалительных изменений в общем анализе мочи</p> <p>1 раз/год</p> <p>При каждом посещении врача и самоконтроль</p> <p>2 раза/год и при наличии жалоб</p> <p>При каждом посещении врача</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год и при наличии жалоб</p>		<p>нагрузка.</p> <p>Медикаментозная терапия:</p> <p>пероральные гипогликемические средства:</p> <p>- бигуаниды:</p> <p>метформин: начальная доза 500 мг/сут. Коррекцию дозы проводят в соответствии с ответом на метформин с интервалами не менее 1 нед. Максимальная суточная доза 2 г в 2-3 приема (применяют у детей старше 10-летнего возраста)</p> <p>- инсулинотерапия базальный инсулин начиная с 1-4 ЕД/сут п/к с дальнейшей титрацией дозы по уровню гликемии; интенсификация инсулинотерапии в зависимости от уровня HbA1c до базис-болюсного режима инсулинотерапии (0,5-1,5 МЕ/кг/сут п/к)</p> <p>- при нарушении функции печени: гепатопротекторы, эссенциальные</p>		<p>сутствии тяжелых гипогликемий)</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>фосфолипиды</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- коррекция артериальной гипертензии (достижение целевого возрастного уровня АД)</li> <li>- гиполипидемические лекарственные средства при нарушении липидного обмена:</li> </ul> <p>аторвастатин в начальной дозе 10 мг в сутки, при необходимости через 2-4 нед. после начала терапии дозу увеличивают до 20 мг/сут внутрь (дети старше 10 лет)</p> <p>Консультация на ОУ Госпитализация в эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p>		
	ОУ	<p>Определение содержания глюкозы в крови натощак</p> <p>Самоконтроль уровня гликемии</p> <p>Определение HbA1c с использованием</p>	<p>2 раза при выявлении, далее по показаниям</p> <p>Не менее 4 раз в сутки</p> <p>1 раз в бмесяцев</p>	<p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>СКФ</p> <p>Гормональное исследование крови: С-пептид, ИРИ</p> <p>Суточное мониторирование уровня глюкозы системой</p>	<p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни:</p> <p>-диетотерапия- диета Д (близкий аналог номерной системы диет - диета № 9). Расчет хлебных единиц производится в</p>	Постоянно	<p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация</p> <p>(целе-</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>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, ОХ, ТГ, АсАТ, АлАТ, креатинин</p> <p>Антропометрия: масса тела с расчетом ИМТ, окружность талии</p> <p>Осмотр стоп</p> <p>Измерение уровня АД</p>	<p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год</p> <p>при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи</p> <p>1 раз/год</p> <p>При каждом посещении врача и самоконтроль</p> <p>2 раза/год и при наличии жалоб</p> <p>При каждом посещении врача</p>	<p>CGMS</p> <p>ЭКГ</p> <p>Электронейромиография</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Консультация врачей: кардиолога, психотерапевта, подотерапевта, нефролога, гинеколога (уролога), кардиолога</p>	<p>соответствии с приложением 1 к настоящему протоколу. Повышенное содержание в пище грубоволокнистой клетчатки (30 г/сут)</p> <p>-адекватная физическая нагрузка.</p> <p>Медикаментозная терапия:</p> <p>пероральные гипогликемические лекарственные средства:</p> <p>- бигуаниды:</p> <p>метформин: начальная доза 500 мг/сут. Коррекцию дозы проводят в соответствии с ответом на метформин с интервалами не менее 1 нед. Максимальная суточная доза 2 г в 2-3 приема (применяют у детей старше 10-летнего возраста)</p> <p>- инсулинотерапия базальный инсулин начиная с 1-4 ЕД/сут п/к с дальнейшей титрацией дозы по уровню гликемии; интенсификация инсулино-</p>		<p>вой</p> <p>уровень</p> <p>НвА1с</p> <p>менее</p> <p>7,5%</p> <p>при отсутствии</p> <p>тяжелых</p> <p>гипогликемий)</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>ЭКГ</p> <p>Консультация врача-офтальмолога</p> <p>Консультация врача-невролога</p>	<p>1 раз/год</p> <p>1 раз/год и при наличии жалоб</p> <p>1 раз/год и при наличии жалоб</p>		<p>терапии в зависимости от уровня HbA1c до базис-болюсного режима инсулинотерапии (0,5-1,5 МЕ/кг/сут п/к)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- при нарушении функции печени: гепатопротекторы, эссенциальные фосфолипиды</li> <li>- коррекция артериальной гипертензии (достижение целевого возрастного уровня АД)</li> <li>- гиполипидемические лекарственные средства при нарушении липидного обмена:</li> </ul> <p>аторвастатин в начальной дозе 10 мг в сутки, при необходимости через 2-4 нед. после начала терапии дозу увеличивают до 20 мг/сут внутрь (дети старше 10 лет)</p> <p>Консультация на Рес У при неэффективности терапии</p> <p>Госпитализация в эндокринологическое отделение по медицинским по-</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
	Рес У	<p>Определение HbA1c с использованием методов с коэффициентом вариации менее 4%</p> <p>Осмотр стоп</p> <p>Измерение уровня АД</p>	<p>1 раз в 6 месяцев</p> <p>2 раза/год и при наличии жалоб</p> <p>При каждом посещении врача</p>	<p>Определение содержания глюкозы, кетоновых тел, фруктозамина в крови</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, АсАТ, АлАТ, креатинин, электролиты (ионы кальция, ионизированного кальция, калия, натрия)</p> <p>Определение содержания диабет-ассоциированных антител</p> <p>Гормональное исследование крови: С-пептид, ИРИ</p> <p>Суточное мониторирование уровня глюкозы системой CGMS</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Электронейромиография</p> <p>Функциональные тесты для диагностики автономной neuropathии</p> <p>Консультация врачей: генетика, педиатра, кардиолога, невролога, гинеколога (уролога)</p>	<p>казаниям</p> <p>Обучение в «Школе диабета»</p> <p>Изменение образа жизни: -диетотерапия- диета Д (близкий аналог номерной системы диет - диета № 9). Расчет хлебных единиц производится в соответствии с приложением 1 к настоящему протоколу. Повышенное содержание в пище грубоволокнистой клетчатки (30 г/сут)</p> <p>-адекватная физическая нагрузка.</p> <p>Медикаментозная терапия:</p> <p>пероральные гипогликемические лекарственные средства:</p> <p>- бигуаниды: метформин: начальная доза 500 мг/сут. Коррекцию дозы проводят в соответствии с ответом на метформин с интервалами не менее 1 нед. Мак-</p>	<p>Постоянно</p>	<p>Улучшение состояния</p> <p>Компенсация (целевой уровень HbA1c менее 7,5% при отсутствии тяжелых гипогликемий)</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>симальная суточная доза 2 г в 2-3 приема (применяют у детей старше 10-летнего возраста)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- инсулинотерапия: базальный инсулин, начиная с 1-4 ЕД/сут п/к с дальнейшей титрацией дозы по уровню гликемии; интенсификация инсулинотерапии в зависимости от уровня HbA1c до базис-болюсного режима инсулинотерапии (0,5-1,5 МЕ/кг/сут п/к)</li> <li>- при нарушении функции печени: гепатопротекторы, эссенциальные фосфолипиды.</li> <li>- коррекция артериальной гипертензии (достижение целевого возрастного уровня АД)</li> <li>- гиполипидемические лекарственные средства при нарушении липидного обмена:</li> </ul> <p>аторвастатин в начальной дозе 10 мг в сутки, при необходимости через 2-4</p>		

1	2	3	4	5	6	7	8
					<p>нед. после начала терапии дозу увеличивают до 20 мг/сут внутрь (дети старше 10 лет)</p> <p>Госпитализация в эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p>		
<p>Гиперпролактинемия (E22.1)</p> <p>Гиперфункция гипофиза неуточненная (E22.9)</p>	<p>РУ</p>	<p>УЗИ органов малого таза</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога</p> <p>Консультация врача-офтальмолога</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин, глюкоза, ОХ, ТГ</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>ЭКГ</p> <p>Гормональное исследование крови: пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, ТТГ, св.Т<sub>4</sub>, кортизол</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>КТ (МРТ) области гипофиза</p>	<p>Медикаментозная терапия:</p> <p>Агонисты дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут внутрь или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю</p> <p>Консультация на ОУ или Респ.У</p>	<p>Постоянно до выздоровления</p>	<p>Компенсация функции или выздоровление</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
	ОУ	<p>Гормональное исследование крови: пролактин, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, кортизол</p> <p>Биохимическое исследование крови: липидограмма</p> <p>КТ (МРТ) области гипофиза с контрастированием</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога (глазное дно, поля зрения), акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Биохимическое исследование крови: общий белок, АлАТ, АсАТ, креатинин, глюкоза, электролиты (ионы ионизированного кальция), ЩФ</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>УЗИ молочных желез</p> <p>ЭХО-кардиография</p> <p>Костная денситометрия</p>	<p>Агонисты дофамина: бромокриптин 2,5-10 мг/сут или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю</p> <p>Консультация на РеспУ</p>	<p>Постоянно до выздоровления</p>	<p>Компенсация функции или выздоровление</p>
	РеспУ	<p>Гормональное исследование крови: пролактин</p> <p>МРТ области гипофиза с контрастированием</p>	<p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p> <p>При верификации диагноза,</p>	<p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, кортизол, АКТГ, ИФР-1, СТГ, ФСГ, ЛГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, макропролактин</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>Биохимическое исследова-</p>	<p>Медикаментозная терапия</p> <p>Агонисты допаминовых рецепторов: бромокриптин 2,5-10 мг/сут или каберголин 0,5-4,5 мг в неделю</p> <p>Определение показаний</p>	<p>Постоянно до выздоровления</p>	<p>Компенсация функции или выздоровление</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		Консультация врачей: офтальмолога (компьютерная периметрия), акушера-гинеколога	далее по показаниям При верификации диагноза, далее по показаниям	ние крови: АлАТ, АсАТ, креатинин, электролиты (ионы кальция, ионизированного кальция, фосфора), ЩФ Двойная рентгеновская абсорбциометрия	для нейрохирургического лечения или показаний для лучевой терапии при объемном образовании гипофиза	ния	
Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона (E22.2)	РУ	Общий анализ мочи  Суточный диурез с определением относительной плотности мочи  Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, мочевины, электролиты (ионы калия, натрия) ЭКГ	При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: кортизол, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> УЗИ органов брюшной полости КТ (МРТ) головного мозга Консультация врачей: нефролога (уролога), психотерапевта	Ограничение потребления жидкости до 800-1000 мл/сут При острой выраженной гипонатриемии назначают раствор 3% хлорида натрия в сочетании (1-5мл/кг) с фуросемидом под контролем концентрации натрия - повышение концентрации со скоростью 0,5-1 ммоль/л/час до достижения концентрации 125 ммоль/л Минералокортикоид: флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут под контролем АД, уровней калия, натрия Консультация на ОУ или РеспУ	Постоянно	Улучшение состояния или стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
		Рентгенография органов грудной полости  Консультация врача-невролога	При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям				
	ОУ	Суточный диурез с определением относительной плотности  Осмолярность мочи  Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы калия, натрия), мочевины, креатинин КТ (МРТ) головного мозга с контрастированием	При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по	Общий анализ мочи Биохимическое исследование крови: глюкоза, общий белок, ОХ, ТГ, креатинин, АлАТ, АсАТ Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон, ТТГ, св. Т <sub>4</sub> , кортизол УЗИ органов брюшной полости КТ органов грудной полости, брюшной полости Консультация врачей: невролога, психиатра	Ограничение потребления жидкости до 800-1000 мл/сут При острой выраженной гипонатриемии назначают раствор 3% хлорида натрия в сочетании (1-5мл/кг) с фуросемидом под контролем концентрации натрия - повышение концентрации со скоростью 0,5-1 ммоль/л/час до достижения концентрации 125 ммоль/л Минералокортикоид: флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут под контролем АД, уровней калия, натрия	Постоянно	Улучшение состояния или стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>Консультация врача-нефролога (уролога)</p> <p>Консультация врача-психотерапевта</p>	<p>показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>		<p>Консультация на РеспУ при неэффективности терапии</p>		
	Респ У	<p>Гормональное исследование крови: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, альдостерон, кортизол, вазопрессин</p> <p>Диагностическая проба с водной нагрузкой</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Биохимическое исследование крови: общий белок, ОХ, ТГ, мочевины, креатинин, электролиты (ионы кальция, натрия)</p> <p>Осмолярность крови</p> <p>Осмолярность мочи</p> <p>МРТ области гипофиза с контрастированием</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Консультация врачей: нефролога (уролога), невролога, психотерапевта</p>	<p>Ограничение потребления жидкости до 800-1000 мл/сут</p> <p>При острой выраженной гипонатриемии назначают раствор 3% хлорида натрия в сочетании (1-5мл/кг) с фуросемидом под контролем концентрации натрия - повышение концентрации со скоростью 0,5-1 ммоль/л/час до достижения концентрации 125 ммоль/л</p> <p>Минералокортикоид: флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут под контролем АД, уровней ка-</p>	Пост-отно	Улучшение состояния или стабилизация

1	2	3	4	5	6	7	8
					лия, натрия		
<p>Первичная недостаточность коры надпочечников (E27.1) Амилоидоз (E85)</p> <p>Медикаментозная недостаточность коры надпочечников (E27.3)</p> <p>Болезнь Аддисона туберкулезной этиологии (A18.7) Гипофункция коры надпочечников (мозгового слоя), воз-</p>	РУ	<p>Общий анализ крови</p> <p>Исследование уровня глюкозы в крови</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок, креатинин, электролиты (ионы калия, натрия) ЭКГ</p> <p>УЗИ внутренних органов</p> <p>Измерение АД</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При каждом посещении вра-</p>	<p>Определение уровня кортизола</p> <p>КТ области надпочечников</p>	<p>Лекарственные средства группы глюкокортикоидов и минералокортикоидов в зависимости от формы заболевания. Глюкокортикоиды– гидрокортисон – лекарственное средство выбора, 12-15 мг/м<sup>2</sup>/сут внутрь, назначение преднизолона (10 мг/м<sup>2</sup>/сут внутрь) возможно при закрытых зонах роста</p> <p>Минералокортикоиды (при сольтеряющей форме): флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут внутрь под контролем АД, уровней калия, натрия</p> <p>Консультация на ОУ</p>	<p>Постоянно (заместительная терапия)</p>	<p>Компенсация функции</p> <p>Улучшение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>никшая после медицинских процедур (E89.6) Другая и неуточненная недостаточность коры надпочечников (E27.4)</p>		Самоконтроль АД	ча Ежедневно				
	ОУ	<p>Гормональное исследование крови: кортизол</p> <p>КТ области надпочечников</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям год</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям год</p>	<p>Биохимическое исследование крови: креатинин, глюкоза, электролиты (ионы калия, натрия), Fe</p> <p>Гормональное исследование крови: определение ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, АТ к ТПО, АКТГ</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>МРТ области гипофиза</p> <p>Консультация врача-фтизиатра</p>	<p>Лекарственные средства группы глюкокортикоидов и минералокортикоидов в зависимости от формы заболевания.</p> <p>Глюкокортикоиды – гидрокортизон – лекарственное средство выбора, 12-15 мг/м<sup>2</sup>/сут внутрь, назначение преднизолона (10 мг/м<sup>2</sup>/сут внутрь) возможно при закрытых зонах роста</p> <p>Минералокортикоиды (при сольтеряющей форме): флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут внутрь под контролем АД, уровней калия, натрия</p> <p>Консультация на Респ. У</p>	<p>Постоянно (заместительная терапия)</p>	<p>Компенсация функции</p> <p>Улучшение состояния</p>
	РеспУ	<p>Гормональное исследование крови: кортизол, АКТГ</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Суточная моча на свободный кортизол</p> <p>Суточный ритм кортизола, АКТГ</p> <p>Биохимическое исследова-</p>	<p>Лекарственные средства группы глюкокортикоидов и минералокортикоидов в зависимости от формы заболевания.</p>	<p>Постоянно (заместительная терапия)</p>	<p>Компенсация функции</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
			год	<p>ние крови: креатинин, глюкоза, электролиты (ионы калия, натрия), Fe</p> <p>Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, ДГЭА, ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, АТ к ТПО</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>УЗИ внутренних органов</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>МРТ области с контрастированием</p> <p>Консультация врачей: дерматовенеролога, фтизиатра</p>	<p>Глюкокортикоиды– гидрокортизон – лекарственное средство выбора, 12-15 мг/м<sup>2</sup>/сут внутрь, назначение преднизолона (10 мг/м<sup>2</sup>/сут внутрь) возможно при закрытых зонах роста</p> <p>Минералокортикоиды (при сольтеряющей форме): флудрокортизон в дозе 0,05-0,3 мг/сут внутрь под контролем АД, уровней калия, натрия</p>	<p>стительная терапия)</p>	<p>Улучшение состояния</p>
<p>Гиперфункция мозгового слоя надпочечников (E27.5)</p>	<p>РУ</p>	<p>Биохимическое исследование кров: глюкоза, общий белок, креатинин, электролиты (ионы калия, натрия)</p> <p>ЭКГ</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Измерение АД</p>	<p>1 раз/год</p> <p>2 раза/год</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>год</p> <p>При каж-</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>α1-блокаторы: доксазозин начальная доза 1 мг/сут, однократно, с постепенным увеличением дозы (через 1–2 нед) до 2 мг/сут внутрь под контролем уровня АД</p> <p>Консультация на ОУ</p>	<p>По показани-ям, в зависимости от формы заболевания</p>	<p>Компенсация функции</p> <p>Улучшение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		Самоконтроль	дом посещения врача Ежедневно				
	ОУ	КТ области надпочечников  Консультация врачей: офтальмолога	При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям год	Общий анализ крови Общий анализ мочи ЭКГ Биохимическое исследование кров: глюкоза, общий белок, креатинин, электролиты (ионы калия, натрия) Гликированный гемоглобин УЗИ органов малого таза ЭХО-кардиография Цистоскопия Рентгенография органов грудной полости Консультация врачей: уролога, невролога, онколога, кардиолога	α1-блокаторы: доксазозин начальная доза 1 мг/сут, однократно, с постепенным увеличением (через 1–2 нед) до 2 мг /сут внутрь под контролем уровня АД Консультация на РеспУ Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение РеспУ по медицинским показаниям	По показаниям, в зависимости от формы заболевания	Компенсация функции Улучшение состояния
	РеспУ	Гормональное исследование крови метанефрины, норметанефрины  Консультация врача-хирурга (онколога)	При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза,	ЭКГ УЗИ органов малого таза УЗИ брюшной полости ЭХО-кардиография Сцинтиграфия надпочечников КТ области надпочечников	α1-блокаторы: доксазозин начальная доза 1 мг/сут, однократно, с постепенным увеличением (через 1–2 нед) до 2 мг /сут внутрь под контролем уровня АД Определение показаний	По показаниям, в зависимости от	Улучшение состояния Выздоровление

1	2	3	4	5	6	7	8
			далее – по показаниям		для хирургического лечения при наличии объемного образования надпочечников	от формы заболевания Реклассификация	
<p>Другие формы гипогликемии (E16.1)</p> <p>Гипогликемия неуточненная (E16.2)</p> <p>Увеличенная секреция глюкагона (E16.3)</p> <p>Другие уточненные</p>	РУ	<p>Множественное исследование уровня глюкозы крови в течение суток (профиль)</p> <p>Биохимическое исследование крови: АсАТ, АлАТ, билирубин, креатинин, амилаза, электролиты (ионы калия, натрия), общий бе-</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>ЭКГ</p> <p>Электроэнцефалография (далее-ЭЭГ)</p> <p>Рентгенография органов грудной полости</p> <p>ФГДС</p> <p>КТ органов брюшной полости</p> <p>Консультация врача-невролога</p>	<p>Дробное питание с медленно усвояемыми углеводами – 6-8 раз/сут (3-основные приема, 3-5 и более перекусов)</p> <p>При потере сознания: глюкоза 20% - 20-80 мл в/в струйно до полного восстановления сознания</p> <p>Госпитализация в специализированное эндокринологическое отделение по медицинским показаниям</p> <p>Консультация на ОУ или РеспУ</p>	По показаниям, в зависимости от формы заболевания	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>нарушения внутренней секреции поджелудочной железы (E16.8)</p> <p>Нарушение внутренней секреции поджелудочной железы не-уточненное (E16.9)</p>		<p>лок УЗИ органов брюшной полости</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>				
	ОУ	<p>Суточное мониторирование глюкозы крови</p> <p>КТ поджелудочной железы, печени</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>УЗИ органов брюшной полости ЭЭГ Гормональное исследование крови: ИРИ, С-пептид Рентгенография органов грудной полости КТ (МРТ) головного мозга Суточное мониторирование глюкозы (CGMS) ФГДС Колоноскопия Консультация врачей: гастроэнтеролога, онколога, невролога, генетика</p>	<p>Дробное питание с медленно усвояемыми углеводами – 6-8 раз/сут (3-основные приема, 3-5 и более перекусов) Синтетический соматостатин: октреотид, начальная доза 0,05 мг 1-2 раза/сутки с увеличением дозы до 0,1-0,2 мг 3 раза/сутки п/к под контролем гликемии При потере сознания: глюкоза 20% - 20-80 мл в/в струйно до полного восстановления сознания или глюкагон 10% 0,1 – 0,2 мг/кг п/к</p>	<p>По показаниям, в зависимости от формы заболевания</p>	<p>Улучшение состояния</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
	РеспУ	Гормональное исследование крови: иммунореактивный инсулин (далее-ИРИ), С-пептид	При верификации диагноза, далее – по показаниям	Гормональное исследование крови: ТТГ, св.Т <sub>4</sub> , АКТГ, кортизол, ФСГ, ЛГ, СТГ, ИФР-1, проинсулин УЗИ органов брюшной полости УЗИ органов малого таза Колоноскопия КТ поджелудочной железы и органов брюшинного пространства КТ-ангиография поджелудочной железы МРТ головного мозга Консультация врачей: невролога, психиатра, психотерапевта, онколога, генетика	Консультация на РеспУ  Дробное питание с медленно усвояемыми углеводами – 6-8 раз/сут (3-основные приема, 3-5 и более перекусов) При потере сознания: глюкоза 20% - 20-80 мл в/в струйно до полного восстановления сознания или глюкагон 10% 0,1 – 0,2 мг/кг п/к Синтетический соматостатин : октреотид, начальная доза 0,05 мг 1-2 раза/сутки с увеличением дозы до 0,1-0,2 мг 3 раза/сутки под контролем гликемии, гормона роста и/или ИФР1 При неэффективности соматостатина: диазоксид 5-15мг/кг/сут внутрь в 2 – 3 приема Определение показаний для хирургического лечения при органическом гиперинсулизме	По показаниям, в зависимости от формы заболевания	Улучшение состояния

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>Дисфункция яичников (E28) Синдром Тернера (Q96)</p> <p>Чистый гонадный дисгенез (Q99.1)</p> <p>Нарушение функции яичников, возникшее после медицинских процедур (E89.4)</p> <p>Синдром андрогенной резистентности (E34.5)</p>	<p>РУ</p>	<p>Определение уровня глюкозы в крови</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога</p>	<p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее по показаниям</p>	<p>Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, ОХ, ТГ, электролиты (ионы калия, натрия, кальция, ионизированного кальция, фосфора) ЭКГ</p> <p>Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, пролактин по фазам менструального цикла</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Консультация врача-генетика (кариотип)</p>	<p>Лечение у врача акушера-гинеколога: заместительная гормональная терапия (эстрогены, гестагены) - 1-й год – монотерапия эстрогенами: Этинилэстрадиол 0,1 мкг/кг 1 раз/сутки 6 месяцев, затем 0,2-0,3 мкг/кг 1 раз/сутки 6 месяцев; 17β-эстрадиол внутрь 1 мг 1 раз/сутки 12 месяцев; гель 0,5 мг на кожу нижней части передней брюшной стенки 1 раз/сут постоянно или эстрадиола валерат внутрь 1мг 1 раз/сутки 12 месяцев по назначению врача-акушера-гинеколога на ОУ или РеспУ</p> <p>Консультация на ОУ или Респ.У</p>	<p>По показаниям, в зависимости от формы заболевания</p>	<p>Компенсация функции</p> <p>Восстановление менструального цикла и фертильности</p>
	<p>ОУ</p>	<p>Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестосте-</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по</p>	<p>Биохимическое исследование крови: глюкоза, АлАТ, АсАТ, электролиты (ионы калия, натрия, кальция,</p>	<p>Лечение у врача-акушера-гинеколога: заместительная гормональная терапия (эстрогены, гестагены)</p>	<p>По показаниям, в</p>	<p>Компенсация функ-</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>рон, пролактин по фазам менструального цикла</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога (уролог)</p> <p>Определение уровня глюкозы в крови</p> <p>Консультация врача-генетика (кариотип)</p>	<p>показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза</p>	<p>ионизированного кальция, фосфора), ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, мочевиная кислота</p> <p>Гормональное исследование: ТТГ, св. Т<sub>4</sub>, ПТГ, 17-ОПГ</p> <p>ЭХО-кардиография</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>УЗИ молочных желез</p> <p>МРТ области гипофиза с контрастированием</p> <p>КТ области надпочечников</p>	<p>- 1-й год – монотерапия эстрогенами:</p> <p>Этинилэстрадиол 0,1 мкг/кг 1 раз/сутки 6 месяцев, затем 0,2-0,3 мкг/кг 1 раз/сутки 6 месяцев;</p> <p>17β-эстрадиол внутрь 1 мг 1 раз/сутки 12 месяцев;</p> <p>гель 0,5 мг на кожу нижней части передней брюшной стенки 1 раз/сут постоянно или эстрадиола валерат внутрь 1мг 1 раз/сут 12 месяцев по назначению врача-акушера-гинеколога</p> <p>Консультация на Респ.У</p>	<p>зависимости от формы заболевания</p>	<p>ции</p> <p>Восстановление менструального цикла и фертильности</p>
	РеспУ	<p>Гормональное исследование крови: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА, 17 ОПГ, пролактин по фазам менструального цикла, ПТГ, ТТГ</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Биохимическое исследование крови: АлАТ, АсАТ, электролиты (ионы калия, натрия, кальция, ионизированного кальция, фосфора), ЩФ, ), ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, мочевиная кислота</p> <p>Гормональное исследова-</p>	<p>Лечение у врача акушера-гинеколога: заместительная гормональная терапия (эстрогены, гестагены)</p> <p>- 1-й год – монотерапия эстрогенами:</p> <p>Этинилэстрадиол 0,1 мкг/кг 1 раз/сутки 6 меся-</p>	<p>Показаниям, в зависимости от</p>	<p>Компенсация функции</p> <p>Восстановление</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>Цитологическое исследование вагинального мазка</p> <p>УЗИ органов малого таза (мониторинг созревания фолликула)</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>ние крови: секс-стероид-связывающий глобулин, остеокальцин, β-Кросс</p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p> <p>МРТ области гипофиза с контрастированием</p> <p>Консультация врача-генетика</p> <p>Лапароскопия с биопсией гонад</p>	<p>цев, затем 0,2-0,3 мкг/кг 1 раз/сутки 6 месяцев; 17β-эстрадиол внутрь 1 мг 1 раз/сутки 12 месяцев; гель 0,5 мг на кожу нижней части передней брюшной стенки 1 раз/сут постоянно или эстрадиола валерат внутрь 1мг 1 раз/сутки 12 месяцев по назначению врача-акушера-гинеколога на ОУ или РеспУ</p> <p>Определение показаний к хирургическому лечению</p>	<p>от формы заболевания</p>	<p>менструального цикла и фертильности</p>
<p>Дисфункция яичек (E29)</p> <p>Синдром Клайнфельтера (Q98.0)</p> <p>Гипофункция яичек, возникшая после медицинских</p>	<p>РУ</p>	<p>Биохимическое исследование крови: билирубин, общий белок, креатинин, АлАТ, АсАТ, глюкоза</p> <p>УЗИ яичек и органов малого таза</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Общий анализ крови</p> <p>Биохимическое исследование крови: ОХ, ТГ, электролиты (ионы калия, натрия, кальция)</p> <p>ЭКГ</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Консультация врачей: офтальмолога (поля зрения), уролога</p> <p>Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, пролактин, ТТГ, тестостерон, эстрадиол, кортизол</p>	<p>Заместительная терапия андрогенами: пролонгированные препараты эстеров тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й и далее постоянная заместительная гормональная терапия.</p> <p>250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м</p> <p>Консультация на ОУ или Респ.У</p>	<p>По показаниям, в зависимости от формы заболевания</p>	<p>Компенсация функции</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
процедур (Е89.5)				Консультация врача-генетика (кариотип)			
	ОУ	Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, пролактин, ТТГ, тестостерон, эстрадиол, кортизол УЗИ яичек и органов малого таза  УЗИ грудных желез  Консультация врача-уролога  Консультация врача-генетика (кариотип)	При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям При верификации диагноза, далее – по показаниям	Биохимическое исследование крови: глюкоза, креатинин, ОХ, ТГ, электролиты (ионы калия, натрия, кальция) КТ (МРТ) области гипофиза (по показаниям с контрастированием) КТ области надпочечников Консультация врачей: генетика (кариотип), невролога, офтальмолога (поля зрения)	Заместительная терапия андрогенами: пролонгированные препараты эстера тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й и далее постоянная заместительная гормональная терапия. 250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м Консультация на Респ.У	По показани-ям, в зави-симо-сти от фор-мы забо-лева-ния	Ком-пенса-ция функ-ции
	РеспУ	Гормональное ис-	При вери-	Гормональное исследова-	Заместительная терапия	По	Ком-

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>следование крови: ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол</p> <p>УЗИ яичек и органов малого таза</p> <p>Консультация врача-уролога</p>	<p>фикации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>ние крови: св. тестостерон, андростендион, сексостероидсвязывающий глобулин</p> <p>МРТ области гипофиза с контрастированием</p> <p>КТ области надпочечников</p> <p>Костная денситометрия</p> <p>Консультация врача-генетика</p>	<p>андрогенами: пролонгированные препараты эстрогенов тестостерона 1-й год терапии 50 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 2-й -100 мг в/м 1 раз в 3-4 недели, 3-й и далее постоянная заместительная гормональная терапия.</p> <p>250 мг 1 раз в 3 -4 недели в/м</p>	<p>показаний, в зависимости от формы заболевания</p>	<p>пенсация функции</p>
<p>Остеопороз с патологическим переломом (M80)</p> <p>Остеопороз без патологического перелома (M81)</p> <p>Остеопороз при эндокринных нарушениях</p>	<p>РУ</p>	<p>Биохимическое исследование крови: общий белок, глюкоза, электролиты (ионы кальция), ЩФ, креатинин, АлАТ, АсАТ</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога (уролога)</p>	<p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p>	<p>Общий анализ мочи</p> <p>Биохимическое исследование крови: электролиты (ионы ионизированного кальция, фосфора)</p> <p>Протеинограмма</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, ТТГ, ПТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, кортизол, св. Т<sub>4</sub></p> <p>УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов</p>	<p>Комбинированные препараты кальция (1000-1500 мг/сут) и витамина Д<sub>3</sub> (400-800 МЕ/сут)</p> <p>Консультация на ОУ или РеспУ</p>	<p>Длительно, от 12 мес. – постоянно</p>	<p>Улучшение состояния, стабилизация костной массы</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
(M82.1)				Р-графия пояснично-крестцового отдела Консультация врачей: хирурга, невролога			
	ОУ	Биохимическое исследование крови: глюкоза, электролиты (ионы калия, натрия, кальция, ионизированного кальция, фосфора), ЩФ Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, ТТГ, ПТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, кортизол, св. Т4 УЗИ щитовидной железы и региональных лимфатических узлов  Консультация врачей: травматолога-ортопеда, акушера-гинеколога	При верификации диагноза, далее – по показаниям  При верификации диагноза, далее – по показаниям  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 позвоночника КТ позвоночника Сцинтиграфия паращитовидных желез Костная денситометрия Консультация врачей: невролога, гастроэнтеролога	Комбинированные препараты кальция (1000-1500 мг/сут) и витамина Д <sub>3</sub> (400-800 МЕ/сут) Консультация на Респ.У	Длительно, от 12 мес. – постоянно	Улучшение состояния, стабилизация костной массы
	РеспУ	Биохимическое ис-	При вери-	Биохимическое исследова-	Комбинированные препа-	Дли-	Улуч-

1	2	3	4	5	6	7	8
		<p>следование крови: общий белок, глюкоза, электролиты (ионы калия, натрия, кальция, ионизированного кальция, фосфора), ЩФ</p> <p>Гормональное исследование крови: ЛГ, ФСГ, ТТГ, ПТГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол, кортизол,</p> <p>Консультация врача-акушера-гинеколога</p> <p>Костная денситометрия</p>	<p>фикации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям</p> <p>При верификации диагноза, далее – по показаниям 1 раз/год</p>	<p>ние крови: альбумин, глобулины, ), ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПНП</p> <p>Гормональное исследование крови: АКТГ, витамин Д, кальцитонин</p> <p>Костные маркеры: остеокальцин, <math>\beta</math>- Кросс Лапс</p> <p>Суточная экскреция кальция и фосфора с мочой</p> <p>Анализ мочи на белок Бен-Джонса</p> <p>УЗИ органов брюшной полости</p> <p>УЗИ органов малого таза</p> <p>МРТ позвоночника</p> <p>Сцинтиграфия паращитовидных желез</p>	<p>раты кальция (1000-1500 мг/сут) и витамина Д<sub>3</sub> (400-800 МЕ/сут)</p> <p>По решению консилиума с привлечением главного детского эндокринолога Минздрава лекарственные средства, угнетающие костную резорбцию: - алендроновая кислота 70 мг 1 раз в неделю</p>	<p>тельно, от 12 мес. – постоянно</p>	<p>шение состояния, стабилизация костной массы</p>

Приложение 1  
к протоколу диагностики и лечения детского населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Расчет хлебных единиц (ХЕ) в течение суток:

Суточный каллораж =  $1000 + (n * 100)$ , где n – возраст ребенка (лет)

Углеводы нерафинированные – 50-60%; Белки – 15-20%; Жиры – 25-30%

1 ХЕ (хлебная единица) = 12 г углеводов

Возраст	1-3 года	4-6 лет	7-10 лет	11-14 лет (мальчики)	11-14 лет (девочки)	15-18 лет (мальчики)	15-18 лет (девочки)
1-й завтрак	2	3	3-4	5	4-5	5	5
2-й завтрак	1,2	2	2	2	2	2	2
Обед	2	3	4	5	4-5	5-6	4-5
Полдник	1	1	2	2	2	2	2
1-й ужин	1,5	2	2-3	2-3	2-3	3-4	3-4
2-й ужин	1,5	2	2	2	2	2	2
Общее кол-во ХЕ	10-11	12-13	15-16	18-20	16-17	19-21	18-20

Приложение 2  
к протоколу диагностики и лечения детского населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

Доза инсулина подбирается индивидуально под контролем гликемического профиля:

Средняя суточная потребность в инсулине у детей составляет (ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines, 2009):

- ◆ фаза манифестации 0,5-1,0 ЕД/кг
- ◆ фаза ремиссии (“медовый месяц”)– 0,3 – 0,5 ЕД/кг
- ◆ фаза ремиссии лабильная - 0,5 - 0,8 ЕД/кг
- ◆ постремиссия - >0,8 ЕД/кг
- ◆ препубертатные дети (кроме “медового месяца”) – 0,7 – 1,0 ЕД/кг
- ◆ во время пубертата – 0,8 – 1,5 ЕД/кг

Распределение суточной дозы инсулина:

- ◆ 2 инъекции инсулина в сутки: 2/3 дозы – утром, 1/3 – вечером, из них 1/3 дозы инсулина короткого действия, 2/3 – среднего действия

Соотношение базальный / болюсный инсулин в зависимости от возраста:

- ◆ Дети 35/65
- ◆ Подростки 40/60
- ◆ Взрослые 50/50