Отчет за 2019 год Главного внештатного специалиста (ГВС) эндокринолога Министерства здравоохранения Российской Федерации академика РАН Дедова Ивана Ивановича

Основными нормативными документами, регламентирующими деятельность ГВС на территории Российской Федерации, являются:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»;
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико- санитарной помощи взрослому населению»;
- Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12 ноября 2012 г. № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 г. № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы»;
- Указ Президента РФ от 31.12.2015 N 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»;
- Указ Президента РФ от 07 мая 2018г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»;
- Распоряжение Правительства РФ от 10.12.2018 N 2738-Р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2019 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»;
-Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2018г. № 911н «Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской

Федерации, медицинским информационным системам организаций и информационным системам фармацевтических организаций»;
-Указ Президента РФ от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

Структура организации эндокринологической помощи в субъектах Российской Федерации

По данным Росстата **за последние 15 лет отмечается двукратный рост заболеваемости эндокринопатиями из числа регистрируемых в официальной статистике**. В РФ по данным Государственного регистра **на 1 января 2019 г. состояло на диспансерном учете 4,58 млн. человек,** однако по данные Масштабного российского эпидемиологического исследования (NATION) показали, что по обращаемости в рутинной клинической практике диагностируется лишь 54% лиц Сахарного диабета (СД) 2 типа и реальная численность пациентов с СД в РФ не менее 9 млн. человек (около 6% населения). **Каждый пятый житель страны (более 30 млн) находится в стадии предиабета. Сердечно-сосудистые осложнения остаются наиболее частой причиной смерти пациентов с СД1 и СД2.** Опухоли щитовидной железы по распространенности занимают 2 место среди заболеваний эндокринной системы и выявляются у 30% населения (**это более 40 млн. человек, у которых от 3 до 6% выявляются злокачественные опухоли).** Патология околощитовидных желез –это 3 место по распространённости, онкоэндокринология (опухоли гипофиза, надпочечников –это 1,5 млн. человек), ожирение – около 30% населения, остеопорозом в РФ сегодня страдает 14 млн. человек.

В Российской Федерации организована и реализуется трехуровневая структура работы эндокринологической службы: первичная доврачебная медицинская помощь – в сельских местностях РФ действуют более 34 000 ФАП; первичная врачебная медико-санитарная помощь; первичная специализированная медико-санитарная помощь (кабинеты врача эндокринолога), МО 2-го (эндокринологические отделения и/или койки в городских, районных больницах) и эндокринологические диспансеры/центры; МО 3-го уровня – эндокринологические отделения в республиканских, областных и краевых больницах, НМИЦ эндокринологии. Сегодня в субъектах РФ имеется 8 эндокринологических диспансеров, более 50% из которых являются структурными подразделениями МО 2-го или 3-го уровня, каждый их них отличается по структуре, наполнению и диагностическим возможностям, но во всех выстроена система маршрутизации пациентов, согласно Приказа Минздрава России от 29.12.2012г. №1706 (ред. от 13.02.2013г.) – **в большинстве регионов разработаны и реализуются местные административно-закрепленные порядки следования пациентов до места оказания специализированной помощи.**

Диабетологические центры:

- **Центральный ФО** (г.Воронеж, г.Липецк, г.Смоленск, г Тамбов, г.Тверь)
- **Северо-Западный ФО** (г.Петрозаводск, г. Сыктывкар, г. Вологда, г. Мурманск, г. Великий Новгород,г. Санкт-Петербург (+городские, районные))
- **Южный ФО** (г. Элиста, г. Волгоград)
- **Приволжский ФО** (г. Йошкар-Ола, г. Казань, г. Пермь, г. Нижний Новгород, г. Ульяновск)
- **Сибирский ФО** (г. Кемерово)
- **Дальневосточный ФО** (г. Петропавловск-Камчатский, г. Чита)

Эндокринологические центры:

- **Центральный ФО** (г. Иваново (городской), г. Рязань (городской))
- **Северо-Западный ФО** (г. Архангельск(+городской))
- **Южный ФО** (г. Майкоп, г. Краснодар, г. Волгоград, г. Ростов-на-Дону)
- **Северо-Кавказский ФО** (г. Махачкала, г. Нальчик)
- **Приволжский ФО** (г. Чебоксары, г. Киров, г. Пенза, г. Самара, г. Саратов, г. Йошкар-Ола (городской),г. Нижний Новгород(городской))
- **Уральский ФО** (г. Курган, г. Тюмень, г. Челябинск, г. Сургут (эндокринологии и эндокринной хирургии))
- **Сибирский ФО** (г. Горно-Алтайск, г. Красноярск (+городской), г. Новосибирск (+городской))
- **Дальневосточный ФО** (г. Улан-Удэ, г. Владивосток, г. Сахалин)

Эндокринологические диспансеры:

- **Центральный ФО** (г. Москва)
- **Северо-Кавказский** ФО (г. Магас, г. Черкесск, г. Владикавказ, г. Грозный, г. Ставрополь)
- **Приволжский ФО** (г. Казань)
- **Дальневосточный ФО** (г. Якутск)

Детские эндокринологические центры:

- **Центральный ФО** (г. Москва, г. Тверь)
- **Северо-Западный ФО** (г. Санкт-Петербург)
- **Приволжский ФО** (г. Пермь, г. Самара)
- **Уральский ФО** (г. Екатеринбург, г. Челябинск)
- **Сибирский ФО** (г. Красноярск)

Оценка и анализ доступности медицинской эндокринологической помощи и маршрутизации пациентов на федеральном и региональном уровнях, поддержка принятия правильного решения в развитии здравоохранения субъектов РФ стали возможными благодаря внедрению технологии картографического отображения размещения объектов здравоохранения и ресурсной базы медицинских организаций субъектов РФ, внесенных в Географическую информационную систему Министерства здравоохранения РФ (ЕГИСЗ) и разработка ресурса паспортов медицинских организаций.

В ноябре 2019 года была создана Программа развития эндокринологической службы в Российской Федерации – совершенствование оказания качества медицинской помощи пациентам с эндокринными заболеваниями и эндокринными нарушениями на фоне других заболеваний, внедрение принципов персонализированного лечения и профилактики.

В нашей стране сегодня минимум 50 млн. граждан либо требуют постоянной помощи и наблюдения эндокринолога, либо нуждаются в периодическом, в различные этапы жизни, консультировании у этого специалиста.

Проблемы, существенно влияющие на качество оказания эндокринологической помощи в регионах РФ:

1. В связи с тем, что общей проблемой является **отсутствие в большинстве регионов центральной структуры, обеспечивающей координацию специализированной помощи по профилю эндокринология** (специализированного диабетологического или эндокринологического центра/диспансера), что в условиях большого количества пациентов с сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями, а также выраженного кадрового дефицита (особенно в сельских районах) и **отсутствие четкой маршрутизации пациентов не обеспечивает механизма обратной связи,** особенно при ведении пациентов с диабетическими осложнениями (диабетической ретинопатией и диабетической стопой) и нейроэндокринной патологией, затрудняет мониторинг динамики осложнений и отслеживание клинических исходов проводимых лечебных мероприятий, тем самым снижая качество оказания специализированной эндокринологической помощи в субъекте РФ;
2. МО 3 уровня, как основные структуры специализированной помощи по профилю эндокринология, **ориентированы только на стационарную помощь для лиц с выраженными стадиями осложнений и/или декомпенсацией основного заболевания и не выполняют функцию учреждений, координирующих структуру помощи в субъектах Российской Федерации в целом, тем более ее профилактическое звено.** В свою очередь, в поликлиниках оказывается помощь только первичного уровня и недостаточного объема;
3. **Оторванность диагностических служб от контроля грамотных клиницистов, «местечковые» протоколы диспансеризации, злоупотребление ненужными «исследованиями и обследованиями» при отсутствии единых протоколов описания имиджевых методов** (например, УЗИ щитовидной железы по шкале THYRADS), что приводит к ошибкам при отборе больных на дальнейшие исследования, является источником неоправданного стресса из-за обнаружения клинически незначимых явлений. **Протокол цитологического исследования тонкоигольной пункционной биопсии (ТАБ) узловых образований щитовидной железы не приводится в соответствии с классификацией Bethesda, что размывает определение показаний к оперативному лечению.** При этом хаотичное назначение лабораторных исследований, МРТ и КТ нередко диктуется не клиническими рекомендациями, а их территориальной доступностью. Недоступность радионуклидных методов диагностики связана с отсутствием доступных сцинтиграфических технологий, что затрудняет получение жителями регионов квалифицированной онкоэндокринологической помощи;
4. Общей проблемой также является обеспеченность кадрами. **Практически во всех регионах отмечено снижение количества врачей, и среднего медицинского персонала с возложением их функций на врачей-эндокринологов, что повышает нагрузку на врачей и может отрицательно**

сказываться на качестве оказываемой медицинской помощи, ведении регистров пациентов с сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями, профессиональному выгоранию. Существует острая проблема урбанизации специалистов с полным оголением существенной части районов в субъекте, что крайне неблагоприятно отражается на качестве медицинской помощи особенно в условиях отсутствия разработанной программы маршрутизации пациентов;

5. Рекомендованное порядком эндокринологической службы **соотношение числа эндокринологов к количеству жителей 1:20000** (для городского населения) и 1:15000 (для сельского населения) **не соблюдается практически повсеместно. Кадровый дефицит составляет в среднем по регионам – 17% (от 2% до 48%), и наиболее высок в сельской местности - до 50%. Врач-эндокринолог отсутствует в четверти районов субъекта,** в которых медицинская помощь пациентам по профилю «эндокринология» оказывается врачами первичного звена (участковый терапевт, врач ОВП), не имеющих практических навыков ведения пациентов с эндокринной патологией;

6. **Отсутствие в ряде регионов ключевых структур**, включенных в «Порядок оказания помощи» по профилю №899-н и необходимых для оказания высококвалифицированной специализированной помощи, а именно:

- **специализированная служба помощи и кабинеты «Диабетическая стопа»**, в настоящее время помощь пациентам с синдромом диабетической стопы оказывается в условиях отделений общего хирургического профиля, когда патология уже прогрессирует до выраженных стадий, требующих оперативного вмешательства (ампутации). **Профилактика синдрома диабетической стопы и ампутаций посредством мониторинга пациентов из группы риска отсутствует**, это недопустимое как с медицинских, так и с экономических позиций явление : лечение синдрома диабетической стопы – это 150000 - 1500000 рублей ежегодно дополнительно к самому лечению диабета, при этом уже на стадии инвалидизации – в то же время профилактические осмотры и обучение правилам ухода за ногами, а также ранее выявление поражений обходятся дополнительно в 3-4 тыс. рублей в год.
- **специализированный кабинет диабетической ретинопатии**, офтальмологическая помощь по диабетической патологии глаз, в том числе проведение ЛКС, оказывается в условиях общих офтальмологических отделений или отдельных ЛПУ офтальмологического профиля, что требует отдельного направления пациента из поликлиники по месту жительства и удлиняет сроки получения данной помощи;
- **выявлены проблемы в организации «Школ сахарного диабета»** как в стационарном, так и в амбулаторном звене, в виде недостаточности материально-технического обеспечения, отсутствия выделенных и

оплачиваемых ставок врача и медицинской сестры. **Приходится с крайним сожалением констатировать, что разрушена основа основ ведения диабета – система обучения больных;**

7. **Отсутствие программ йодной профилактики** во всех регионах РФ повышает риски распространенности заболеваний щитовидной железы, ассоциированных с онкологией;
8. В большинстве регионов выявлено **отсутствие ведения реестров** других эндокринопатий (**акромегалии, несахарного диабета, гиперпаратиреоза**) и учета статистики их распространенности, что снижает качество помощи данным категориям пациентов, требующим постоянного мониторинга эндокринологом на протяжении всего периода заболевания;
9. Несмотря на прогресс оказания помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью, **профилактика и лечение осложнений, связанных с нарушением кальций-фосфорного обмена, остается в целом неудовлетворительной**. Серьезной проблемой является также обеспечение адекватной поддерживающей терапии лиц с **опухолями эндокринной системы, в том числе множественными,** получившими помощь по ВМП в федеральных центрах;
10. В ряде регионов отсутствует или недостаточная компьютеризация в связи с отсутствием единой медицинской информатизации системы (МИС).

Рейтинг регионов РФ на основании анализа и оценки качества оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Эндокринология» за 2019 год:

Удовлетворительный уровень		Недостаточный уровень	Низкий уровень
Пермский край	Ярославская область	Новгородская область.	Владимирская область.
Тверская область.	Тульская область	Республика Татарстан	Нижегородская область
Красноярский край	Волгоградская область	Самарская область.	Республика Башкортостан
Воронежская область	Иркутская область	Ивановская область.	Республика Крым
Ростовская область	Саратовская область	Челябинская область.	г. Севастополь
Кировская область	Чеченская Республика	Рязанская область	Хабаровский край
Ставропольский край	Северная Осетия-Алания	Алтайский край	Курская область.
Республика Карелия	Ленинградская область.		Краснодарский край
Кемеровская область	Брянская область		Калининградская область.
г. Санкт-Петербург	Астраханская область		
Тюменская область			

Проблемы лекарственного обеспечения в регионах РФ:

1. Все регионы РФ обеспечены препаратами инсулина;
2. Отмечается увеличение доли аналогов инсулина в структуре инсулинотерапии как у пациентов с СД 1 типа, так и при СД 2 типа;
3. Однако структура инсулинотерапии в регионах РФ различается по

обеспеченности аналогами и рекомбинантными человеческими инсулинами (РЧИ) (от 79,43% в Санкт Петербурге до 5,02% в Кемеровской области). При этом, согласно клиническим рекомендациям «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» от 2019 г., **для пациентов с СД1 препаратами выбора являются аналоги генно-инженерного инсулина человека ультракороткого, длительного и сверхдлинного действия, в связи с низким риском гипогликемий;**

4. Среди пероральных сахароснижающих препаратов преобладает метформин как в монотерапии, так и в комбинация, в основном с препаратами сульфонилмочевины (СМ). **Препараты СМ остаются самыми распространенными препаратами второго ряда (после метформина) в лечении СД2, что связано с их сахароснижающей эффективностью и доступной ценой.** Во многих регионах препараты СМ назначаются не только в комбинациях, но и в достаточно большом проценте в монотерапии - в Самарской, Владимировской и Рязанской областях назначение этих препаратов в монотерапии превышает 25%;
5. К сожалению, пока практически во всех регионах **отмечается невысокий процент назначения таких современных сахароснижающих препаратов, как иДПП-4, иНГЛТ-2 и арГПП-1** (агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1), **снижающих сердечно-сосудистую смертность на 15–38%**. Процент обеспечения иДПП-4 колеблется от 14,6% в Санкт-Петербурге и Севастополе (соответственно) до 0,63% в Красноярском крае, 1,01% в Саратовской области;
6. **Высокий процент отказа федеральных льготников от социального пакета.** В результате увеличивается нагрузка на региональный бюджет, нарушается солидарный принцип обеспечения лекарственными препаратами других пациентов;
7. Сложности с бесплатным обеспечением дорогостоящими препаратами пациентов с выявленной акромегалией на ранних стадиях без поздних осложнений. Ввиду отсутствия инвалидности пациенты имеют сложности в получении данных препаратов.

Результаты применения телемедицинских технологий в регионах Российской Федерации в 2019 году:

1. Проведено для медицинских организаций субъектов РФ более 30 клинических разборов;
2. Было госпитализировано 125 пациентов в МО 3-го уровня и в федеральный центр эндокринологии по итогам консультаций;
3. Проведено свыше 1000 консилиумов/консультаций «врач-врач» по профилю специальности;
4. Проведено свыше 100 консультаций в формате «врач-пациент» в рамках дистанционного наблюдения (мониторинга) за состоянием здоровья больных.

Внедрение в 2019 году инновационных медицинских технологий в региональные профильные центры Российской Федерации:

1. Применение селективного забора крови из нижних каменистых синусов для дифференциальной диагностики АКТГ- зависимого эндогенного гиперкортицизма;
2. Применение селективного забора крови из надпочечниковых вен для дифференциальной диагностики первичного гиперальдостеронизма;
3. Использование соматостатин-рецепторной сцинтиграфии для топической диагностики опухолей, секретирующих фактор роста фибробластов 23, ассоциированных с онкогенной остеомаляцией;
4. Использование соматостатин-рецепторной сцинтиграфии для топической диагностики эктопических АКТГ-продуцирующих опухолей;
5. Внедрение трабекулярного костного индекса (TBS) в комплексе с традиционной рентгеновской денситометрией для оценки качества костной ткани у пациентов с различными эндокринопатиями (гиперкортицизм, гиперпаратиреоз, сахарный диабет и др.);
6. Использование высокопроизводительного параллельного секвенирования (NGS) для установления генетической природы наследственных форм аденом гипофиза, первичного гиперпаратиреоза, опухолей надпочечников, рака щитовидной железы и др.;
7. Усовершенствование системы реканализации и баллонной ангиопластики артерий с применением стентов, выделяющих лекарственные вещества;
8. Внедрение метода флуоресцентной ангиографии для оценки состояния микроциркуляции мягких тканей стопы;
9. Использование диоксида углерода в качестве альтернативы рентгенконтрастным веществам;
10. Использование ультразвукового контроля при стентировании сонных и коронарных артерий;
11. Применение сложных оперативных вмешательств на сосудах у пациентов с Сахарным диабетом (СД) (ротационная атерэктомия, вибрационная реканализация протяженных окклюзий и др.);
12. Внедрение новых перевязочных материалов у пациентов с синдромом диабетической стопы, в том числе использование биопластического коллагенового материала в виде гелевой субстанции и мембран, рекомбинантного человеческого эпидермального фактора роста и др.;
13. Разработана комплексная система по прогнозированию определения рисков развития СД 1 типа в семьях и в популяциях;
14. Создана система комплексного обследования, лечения и обучения детей и подростков с конституционально-экзогенным, моногенным, синдромальным и гипоталамическим ожирением;
15. Разработаны индивидуальные программы снижения веса с учетом потребностей организма ребенка, особенностей состава тела, пищевого и метаболического статуса;
16. Разработан метод инициации пубертата с помощью гонадотропных

препаратов у мальчиков с гипогонадотропным гипогонадизмом после различных видов лечения опухолей центральной нервной системы;

17. Разработан алгоритм применения сцинтиграфии с пертехнетатом у новорожденных и младенцев при подозрении на врожденный гипотиреоз по результатам неонатального скрининга;
18. Внедрена система оказания специализированной медицинской помощи детям и подросткам с СД1 с использованием системы Flash-мониторинга глюкозы;
19. Отработаны алгоритмы применения помповой инсулинотерапии с автоматическим прекращением подачи инсулина в ответ на гипогликемию;
20. Разработан метод высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемным масс- спектрометрическим детектированием (ВЭЖХ-МС/МС) для диагностики нарушений стероидогенеза и дефектов биосинтеза тестостерона у пациентов с нарушением формирования пола 46XY;
21. Разработан метод персонифицированной коррекции образа жизни, основанной на оценке основного обмена в покое и анализа состава тела, для лечения ожирения у подростков;
22. Разработан алгоритм патогенетической терапии, основанный на раннем назначении препаратов фосфора (детям с гипофосфатемическим рахитом, что позволяет избежать многоэтапных травмирующих операций и инвалидизации пациентов и добиться выпрямления конечностей;
23. Внедрение в практическое здравоохранение регионов РФ инновационных методов интраоперационный визуализации (нейромониторинг, гамма-зондирование, флуоресцентная и оптическая спектрометрия), что позволит осуществлять прецизионное хирургическое удаление патологических образований и сохранять важнейшие функциональные структуры (например, паращитовидные железы и гортанные нервы при операциях на щитовидной железе,), что обеспечит повышение радикальности операции и снизит послеоперационные осложнения;
24. Применение интраоперационного нейромониторинга позволит осуществлять функциональную визуализацию двигательных нервов и их ветвей во время операции, это повышает радикальность и безопасность хирургического лечения и делает эту методику крайне актуальной при выполнении открытых и эндоскопических операций;

Роль клинических рекомендаций в организации оказания помощи больным с эндокринными заболеваниями:

В соответствии с Федеральным законом "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций" от 25.12.2018 N 489-ФЗ по вопросам клинических рекомендаций» клиническим рекомендациям (КР) отводится

особая роль в организации оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

1. **Клинические рекомендации (КР) размещены в рубрикаторе КР Минздрава России, согласно Приказа Минздрава России от 28.02.2019г. №101н:**
   - Сахарный диабет 1 типа
   - Сахарный диабет 2 типа
   - Сахарный диабет 1 типа у детей и подростков
   - Дифференцированный рак щитовидной железы*
   - Адренокортикальный рак*
   - Медуллярный рак* (* – совместно с Ассоциацией онкологов России).
2. **КР - на рассмотрении в научно-практическом совете:**
   - Ожирение, взрослые;
   - Ожирение, дети;
   - Гипотиреоз, взрослые;
   - Гипотиреоз, дети;
   - Тиреоидиты, взрослые;
   - Тиреоидиты, дети;
   - Йододефицитные заболевания;
   - Сахарный диабет 2 типа, дети;
   - Преждевременная половая зрелость центрального происхождения;
   - Первичный гиперпаратиреоз;
   - Гипопаратиреоз;
   - Остеопороз.

Оценка кадрового обеспечения и подготовки кадров по профилю «эндокринология»

Суммарная потребность по регионам во врачах-эндокринологах оценивается в 8071 специалисте, а во врачах детских эндокринологах – в 1651 специалисте, **при этом дефицит составляет – 1954 (24%)** и 680 (38%) врачей соответственно.

На основании информации, полученной от главных внештатных специалистов, и данных официальной статистики выявлены региональные диспропорции и проблемы кадрового обеспечения, а именно:

- •неадекватное количественное и пространственное планирование кадров в регионе (штатные единицы);
- абсолютный дефицит врачей и высокий процент совместительства;
- неравномерность распределения специалистов (урбанизация);
- «оголенность» районов регионов без компенсационной маршрутизации пациентов;
- малочисленность профессорско-преподавательского состава (ППС, всего 235 человек), средний возраст 50 лет, преимущественно –

женщины, при отсутствии медицинской практики 37% человек), 39% ППС имели подготовку в ординатуре, 6% - в интернатуре, 32% - первичную переподготовку и 23% имели другую специальность;

Эндокринология (дефицит 1954 специалиста)	**Детская эндокринология (дефицит 620 специалистов)**
ТОЛЬКО ОРДИНАТУРА	**ОРДИНАТУРА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА**
• Поступление в ординатуру в 2019 году: 396 человек по бюджету и 391 человек по договору = 787 • При сохранении темпов обучения и с учетом естественной убыли специалистов) **дефицит кадров по специальности «эндокринология» можно ликвидировать в течение 4–5 лет**	• Поступление в ординатуру в 2019 году: 46 человек по бюджету и 30 человек по договору Для ликвидации дефицита кадров в течение 4–5 лет **необходимо повысить как цифры приема в ординатуру на >50%, так и обеспечить профессиональную подготовку из врачей эндокринологов и педиатров из расчета 80 человек в год**

- В 2019 году утвержден профессиональный стандарт врача-детского эндокринолога;
- В 2019 году продолжилось обучение по специализированной программе повышения квалификации для ППС из 6 регионов – Архангельская, Тульская, Ярославская, Самарская, Саратовская, Воронежская области;
- В 2019 году организована новая программа с приглашением на обучение ППС и главных внештатных эндокринологов регионов РФ по теме «Нейроэндокринные заболевания: диагностика и лечение», проведено 2 цикла и прошли обучение по этой программе 41 эндокринолог из 31 региона РФ;
- Разработаны программы повышения квалификации **для фельдшеров Программа повышения квалификации 18 акад. часов** - диспансеризация населения и первичная диагностика эндокринных заболеваний, компетентная оценка течения заболевания и необходимости привлечения узкого специалиста), **для терапевтов (Программа повышения квалификации 72 акад. часа** - диагностика эндокринных заболеваний и ведение пациентов со стабильным течением заболевания, оценка течения заболевания, мониторинг больных), **для врачей общей практики (Программа повышения квалификации 144 акад. часа** - диагностика эндокринных заболеваний у взрослых и детей, ведение пациентов со стабильным течением заболевания, компетентностная оценка течения заболевания, мониторинг больных), **для педиатров (Программа повышения квалификации 144 акад.**

часа - диагностика эндокринных заболеваний и ведение пациентов со стабильным течением заболевания, компетентностная оценка течения заболевания, мониторинг больных);

- Повышение квалификации **фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов по практическим принципам диабетологии: программа ПК «Основы диабетологии»** (очное обучение или дистанционные образовательные модули) – **трудоемкость 18 академических часов** и интерактивный образовательный модуль «**Техника инъекций и инфузии при лечении сахарного диабета» – трудоемкость 1 академический час** (представлен на портале edu.rosminzdrav.ru);
- Повышение квалификации врачей **первичного звена (терапевтов, врачей общей практики, педиатров) по диабетологии:** программа ПК **«Диабетология» (очное обучение или дистанционные образовательные модули, трудоемкость 36 академических часов)** и **интерактивный образовательный модуль «Оценка физического и полового раз- вития у детей» (трудоемкость 1 академический час,** представлен на портале edu.rosminzdrav.ru);
- Повышение квалификации **среднего медицинского персонала по практическим принципам диабетологии и терапевтическому обучению пациентов: программа ПК «Основы диабетологии»** (очное обучение или дистанционные образовательные программы, трудоемкость **18 академических часов)** и программа ПК **«Школа больных диабетом» (очное, очно-заочное обучение, трудоемкость 36 академических часов**);
- **Повышение квалификации врачей-специалистов** (хирургов, кардиологов, онкологов, акушеров-гинекологов, патоморфологов и др.) должно соответствовать потребностям системы здравоохранения по ведению пациентов с эндокринными заболеваниями, в особенности сахарным диабетом и образованиями щитовидной железы.
- **Определены ведущие кафедры РФ по подготовке специалистов по «эндокринологии»:**
  - ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России;
  - ФГАОУ ВО ПМГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России;
  - ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;
  - ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России;
  - ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;
  - ФГБОУ ВО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России;
  - ФГБОУ ВО «Воронежский ГМУ» Минздрава России;
  - ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России;
  - ФГБУ ВО «НижГМА» Минздрава России;
  - ФГБУ ВО «Ростовский ГМУ» Минздрава России.

- **Проведено в 2019 года 99 научно-образовательных мероприятий, в которых приняло участие 65 621 специалистов, в очном**

участии – 8 823 специалиста, в онлайн режиме - более 125 772 просмотров, из которых онлайн просмотры в режиме реального времени 56 798 и офлайн просмотры в архиве в заочном режиме – 68 974 специалистов.

Разработка перспективных планов стратегического развития эндокринологической службы РФ и реорганизация первичного звена

- **Создан проект структуры регионального эндокринологического центра (РЭЦ) и рассчитана его предварительная стоимость. РЭЦ – это площадка с центральной организующей и экспертной функцией в регионе** для внедрения и трансляции высоких технологий диагностики и лечения эндокринопатий для всего населения региона, в том числе жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях, а также площадкой для повышения квалификации врачей с целью значительного увеличения объема и повышения качества лечебно-диагностической помощи эндокринологическим больным, решения проблем преемственности и диспансерного наблюдения, улучшения доступности современным диагностическим и лечебным технологиям;
- **Определены основные задачи РЭЦ:**
  - диагностика и лечение эндокринных заболеваний и их осложнений, в т.ч. ежегодный полный комплексный скрининг осложнений;
  - маршрутизация пациентов в специализированные стационары, медицинские учреждения 3-го уровня и федеральные центры;
  - оказание консультативной помощи врачам первичного звена региона; телемедицина (связь с ФАП, МО 2-го и 3-го уровня, федеральными центрами);
  - выезды в отдаленные районы для обследования населения («Эндомобиль»);
  - обеспечение полного учета всех больных с эндокринными заболеваниями, проживающими на территории деятельности;
  - осуществление диспансерного наблюдения за больными с эндокринными заболеваниями;
  - ведение статистического учета, регистров, помощь в формировании заявок на закупку и распределение лекарственного обеспечения;
  - участие в повышении квалификации медицинских специалистов.
- **С целью определения наиболее оптимальной схемы организации РЭЦ был проведен опрос 84 главных внештатных специалистов**

эндокринологов и получен ответ из 43 регионов по вариантам локализации РЭЦ:

Отдельное МО	10 (23,3%)
Эндокринологический диспансер	7 (16,3%)
МО 2-го уровня	6 (13,9%)
МО 3-го уровня	27 (62,8%)
Онкодиспансер	3 (6,9%)
Сосудистый центр	18 (41,8%)
Совместно онкодиспансер + сосудистый центр	14 (32,5%)
Не указано или нет	8 (18,6%)

- **Определена примерная структура РЭЦ:**

- Кабинеты врача-эндокринолога и врача-детского эндокринолога;
- Кабинет офтальмолога (с возможностью проведения лазерной коагуляции сетчатки);
- Кабинет «Диабетическая стопа»;
- Кабинет ультразвуковой диагностики с возможностью проведения дуплексного исследования и ТАБ щитовидной железы;
- Кабинеты «Диабет и беременность» и «Помповая инсулинотерапия»;
- Кабинеты смежных специалистов: кардиолога, хирурга;
- Кабинет рентгеновской денситометрии;
- Кабинет (зона) телемедицины;
- Дневной стационар (на 10–15 коек);
- Школы для пациентов с эндокринными заболеваниями;
- Лабораторную базу высокого уровня;
- Кабинет статистики и регистров;
- Аптеку;
- «Эндомобиль».

- **В настоящее время Республика Башкортостан первая, официально поддержавшая проект организации нового РЭЦ в регионе;**
- **Разработан Проект плана мероприятий («дорожная карта») развития медицинской помощи населению по профилям «эндокринология» и «детская эндокринология» на 2020–2022 гг., который состоит из нескольких этапов и представлен ниже:**

- **Разработана «ЭНДОАНКЕТА» (в бумажном и электронном виде) для скрининга нарушений углеводного, минерально-костного обмена и патологии щитовидной железы и проведен её начальный анализ.**

ЭНДОАНКЕТА

Первый этап диспансеризации
(ФАП/поликлиника)

Пальпация щитовидной железы

Группа риска
по заболеваниям ЩЖ

Результаты анкетирования по патологии минерально-костного обмена

Пациенты старше 40 лет: 1 раз в 3 года HbA1c

Гликемия натощак

Консультация эндокринолога

Второй этап диспансеризации
(поликлиника)

По показаниям УЗИ ЩЖ – Повторная консультация эндокринолога
По показаниям общий кальций/альбумин сыворотки крови

По показаниям - дополнительные обследования - Повторная консультация эндокринолога

При подтверждении патологии:

- Составление плана обследований и наблюдений
- Подбор терапии
- Ведение Регистров
- Организация лекарственного обеспечения (1 раз в 6 -12 месяцев при недостижении целевых показателей)

Если норма – повторное обследование 1 раз в 3 года.

- **Сформированы и направлены в МЗ РФ предложения по изменению Приказа МЗ РФ № 124 н** «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» от 13 марта 2019 года.
- **Сформирован запрос в регионы по оценке возможности проведения минимального эндокринологического обследования** (определения гликированного гемоглобина, уровней ТТГ и свободного Т4, проведения УЗИ щитовидной железы, определения кальция и креатинина крови) **в медицинских учреждениях 1-го уровня** (направляется в регион в составе документов перед осуществлением выездного мероприятия).
- **Разработаны чек-листы для оценки работы поликлиник** по профилям «эндокринология» и «детская эндокринология» во время выездных мероприятий.
- **Начата оценка работы поликлиник по профилям «эндокринология» и «детская эндокринология» с применением разработанных чек-листов** во время выездных мероприятий (проведены выезды в Забайкальский край, Курганскую область, Костромскую область, Республику Калмыкия).
- **Начата работа по анализу коечного фонда по профилям «эндокринология» и «детская эндокринология» в регионах** по данным Геоинформационной подсистемы ЕГИСЗ МЗ РФ.
- **Начат анализ укомплектованности врачами-эндокринологами и врачами-детскими эндокринологами** в регионах по данным Геоинформационной подсистемы ЕГИСЗ МЗ РФ.
- **Начат анализ паспортов медицинских организаций, оказывающих специализированную эндокринологическую помощь населению в субъектах РФ,** по данным электронной системы «Паспорт медицинской организации» Минздрава России;
- **Разработана Программа «Профилактика заболеваемости и смертности пациентов с гормонально-метаболическими нарушениями** (сахарный диабет, ожирение, метаболический синдромом) в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19»;
- Проведено два заседания профильной комиссии: 29-30.01.2019 и 15.02.2019.г.;
- ГВС ответил на 53 обращения граждан по вопросам качества оказания эндокринологической помощи и лекарственному обеспечению населения в субъектах Российской Федерации;

Главный внештатный специалист эндокринолог
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
Академик РАН И.И.Дедов