Документ предоставлен КонсультантПлюс

Зарегистрировано в Минюсте России 28 мая 2025 г. N 82382

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

# ПРИКАЗ
**от 14 апреля 2025 г. N 203н**

## ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <1> приказываю:

---

<1> Пункт 1 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608.

1. Утвердить прилагаемые критерии оценки качества медицинской помощи.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2017 г., регистрационный N 46740).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2025 г. и действует до 1 сентября 2031 г.

Министр
М.А.МУРАШКО

Утверждены
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 апреля 2025 г. N 203н

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### 1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЯХ

**1.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при брюшном тифе (инфекция, вызванная Salmonella Typhi) (код по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее - МКБ-10): A01.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое исследование кала на патогенную кишечную флору (Salmonella spp., Shigella spp.), микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, микробиологическое исследование крови на возбудители брюшного тифа и паратифов (Salmonella typhi, Salmonella paratyphi A, B, C) или определение ДНК возбудителей брюшного тифа и паратифов (Salmonella typhi, Salmonella paratyphi A, B, C) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 3. | Выполнено контрольное бактериологическое исследование пробы кала и мочи трехкратно после клинического выздоровления | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности альфа-амилазы в крови, и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, и исследование ионизированного кальция в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антител к О-антигену сальмонелла тифи (anti-Salmonella typhi) в крови в реакции пассивной (непрямой) гемагглютинации и определение антител к Vi-антигену сальмонелла тифи (anti-Salmonella typhi) в крови в реакции пассивной (непрямой) гемагглютинации и паратифа А (Salmonella Paratyphi A), паратифа В (Salmonella Paratyphi B), паратифа С (Salmonella Paratyphi C) (при диагностике и далее через 7 - 10 календарных дней) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено генотипирование групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) или определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) с использованием автоматизированного оборудования (пациентам с тяжелыми и среднетяжелыми формами) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, или компьютерная томография органов брюшной полости, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний). | Да/Нет |
| 10. | Выполнено достижение клинического выздоровления, у декретированных групп пациентов проведено трехкратное с пятидневным интервалом контрольное бактериологическое исследование кала и мочи (проведенного через 5 календарных дней после установления нормальной температуры тела или через 2 календарных дня после окончания этиотропного лечения).<br>Выписка пациента из декретированных групп при достижении клинического выздоровления и отрицательного трехкратного (с пятидневным интервалом) контрольного результата бактериологического исследования кала и мочи (проведенного через 5 | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | календарных дней после установления нормальной температуры тела или через 2 календарных дня после окончания этиотропного лечения) или клинического выздоровления, с результатами трехкратного (с пятидневным интервалом) контрольного бактериологического исследования кала и мочи, проведенного после повторного курса терапии антибактериальными препаратами | |

**1.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при брюшном тифе (инфекция, вызванная Salmonella Typhi) (код по МКБ-10: A01.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое исследование кала на патогенную кишечную флору (Salmonella spp., Shigella spp.), микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, микробиологическое исследование крови на возбудители брюшного тифа и паратифов (Salmonella typhi, Salmonella paratyphi A, B, C) или определение ДНК возбудителей брюшного тифа и паратифов (Salmonella typhi, Salmonella paratyphi A, B, C) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 3. | Выполнено контрольное бактериологическое исследование пробы кала и мочи после клинического выздоровления трехкратное | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности альфа-амилазы в крови и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, и исследование ионизированного кальция в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антител к О-антигену сальмонелла тифи (anti-Salmonella typhi) в крови в реакции пассивной (непрямой) гемагглютинации и определение антител к Vi-антигену сальмонелла тифи (anti-Salmonella typhi) в крови в реакции пассивной (непрямой) гемагглютинации и паратифа A (Salmonella Paratyphi A), паратифа B (Salmonella Paratyphi B), паратифа C (Salmonella Paratyphi C) (при диагностике и далее через 7 - 10 календарных дней) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено генотипирование групп крови по системе AB0 и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) или определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) с использованием автоматизированного оборудования (пациентам с тяжелыми и среднетяжелыми формами) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнена дезинтоксикационная терапия (пациентам со среднетяжелой и тяжелой степенями тяжести) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинский противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено достижение клинического выздоровления, у декретированных групп пациентов проведено трехкратное (с пятидневным интервалом) контрольное бактериологическое исследование кала и мочи (проведенного через 5 календарных дней после установления нормальной температуры тела или через 2 календарных дня после окончания этиотропного лечения).<br>Выписка декретированных групп пациентов при достижении клинического выздоровления и отрицательного трехкратного (с пятидневным интервалом) контрольного результата бактериологического исследования кала и мочи (проведенного через 5 календарных дней после установления нормальной температуры тела или через 2 календарных дня после окончания этиотропного лечения) или клинического выздоровления, с результатами трехкратного (с пятидневным интервалом) контрольного бактериологического исследования кала и мочи, проведенного после повторного курса терапии антибактериальными лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 12. | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 20 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 13. | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (контрольное) | Да/Нет |
| 17. | Выполнена своевременная диагностика осложнений: кишечное кровотечение, перфорация кишки и (или) разрыв селезенки | Да/Нет |
| 18. | Выполнен перевод в хирургическое отделение в течение 30 минут при развитии перфорации и (или) разрыве селезенки | Да/Нет |
| 19. | Выполнено лечение осложнений | Да/Нет |

**1.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сальмонеллезе (код по МКБ-10: A02)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный и общий (клинический) анализ мочи, и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, и исследование ионизированного кальция в крови, и исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое (культуральное), или иммунохроматографическое, или серологическое, или молекулярно-биологическое исследование кала, или ректального мазка, или рвотных масс, или промывных вод желудка | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антимикробными лекарственными препаратами системного действия | Да/Нет |
| 4. | Выполнено достижение клинического выздоровления (отсутствии лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты) и у декретированных групп пациентов проведено однократное лабораторное обследование (проведенное через 1 - 2 календарных дня после окончания лечения) | Да/Нет |

**1.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сальмонеллезе (код по МКБ-10: A02)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, и исследование ионизированного кальция в крови, и исследование креатинина в крови и базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при средне-тяжелой и тяжелой формах) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микробиологическое (культуральное), или иммунохроматографическое, или серологическое, или молекулярно-биологическое исследование кала, или ректального мазка, или рвотных масс, или промывных вод желудка. | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антимикробными лекарственными препаратами системного действия | Да/Нет |
| 7. | Выполнено достижение клинического выздоровления (отсутствие лихорадки, нормализации стула, прекращения рвоты) и у | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | декретированных групп пациентов проведено однократное лабораторное обследование (проведенное через 1 - 2 календарных дня после окончания лечения). Выписка при достижении клинического выздоровления и у декретированных групп пациентов после отрицательного однократного лабораторного обследования (проведенного через 1 - 2 календарных дня после окончания лечения) или клинического выздоровления, с результатами однократного контрольного бактериологического исследования кала (проведенного через 1 - 2 календарных дня после окончания лечения), проведенного после повторного курса терапии антибактериальными лекарственными препаратами | |
| 8. | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 20 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 9. | Выполнен осмотр врачом - анестезиологом-реаниматологом до 30 минут от момента поступления в стационар пациентам с наличием неотложных состояний для определений показаний к переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии | Да/Нет |
| 10. | Выполнен осмотр врачом-хирургом пациента с наличием интенсивных болей в животе, гипотонии до 30 минут от момента поступления в стационар для исключения острой хирургической патологии и определений к переводу в хирургическое отделение | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (pH крови, pCO2, стандартный бикарбонат плазмы крови, буферные основания капиллярной крови) пациентам в средне-тяжелой и тяжелой форме | Да/Нет |
| 12. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при тяжелых и осложненных формах заболевания | Да/Нет |
| 13. | Выполнено микробиологическое исследование крови на возбудители брюшного тифа и паратифов (Salmonella typhi, Salmonella paratyphi A, B, C) и микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева пациентам с тяжелым течением и подозрением на генерализацию инфекции | Да/Нет |
| 14. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование кала на микроорганизмы рода сальмонелла (Salmonella spp.), определение ДНК бактерий рода сальмонелла (Salmonella spp.) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени при возможности лаборатории | Да/Нет |
| 15. | Выполнена ректороманоскопия и (или) колоноскопия у пациентов с клиническими симптомами сальмонеллеза и наличии длительной диареи инвазивного типа | Да/Нет |
| 16. | Выполнена регидратационная терапия пациентам с признаками дегидратации | Да/Нет |
| 17. | Выполнена своевременная диагностика (в течение 10 мин) и достигнута стабилизация состояния (6 - 8 часов) при токсико-инфекционном шоке, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | дегидратационном шоке | |

**1.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сальмонеллезе (коды по МКБ-10: A02.0, A02.1, A02.2, A02.8, A02.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение ДНК бактерий рода сальмонелла (Salmonella spp.) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени и (или) микробиологическое (культуральное) исследование кала или ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (Salmonella spp.) с определением чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам, определение ДНК возбудителя бактериальной дизентерии (Shigella spp.) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени и (или) микробиологическое (культуральное) исследование кала или ректального мазка на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.) с определением чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам и микробиологическое (культуральное) исследование кала | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы кишечных адсорбентов (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы противодиарейных микроорганизмов (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**1.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сальмонеллезе (коды по МКБ-10: A02.0, A02.1, A02.2, A02.8, A02.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено измерение массы тела | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение ДНК бактерий рода сальмонелла (Salmonella spp.) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени и (или) микробиологическое (культуральное) исследование кала или ректального мазка на микроорганизмы рода сальмонелла (Salmonella spp.) с определением чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам, определение ДНК | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | возбудителя бактериальной дизентерии (Shigella spp.) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени и (или) микробиологическое (культуральное) исследование кала или ректального мазка на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.) с определением чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам и микробиологическое (культуральное) исследование кала | |
| 4. | Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена инфузионная терапия (при неэффективности пероральной регидратации) (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами кишечных адсорбентов (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение лекарственными препаратами противодиарейных микроорганизмов (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение антимикробными лекарственными препаратами в острую фазу болезни при инвазивном течении сальмонеллеза средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный с оценкой гематокрита | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при инвазивном течении сальмонеллеза средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**1.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ботулизме (код по МКБ-10: A05.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено промывание желудка (при поступлении в первые 72 часа от начала болезни) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена очистительная клизма (при поступлении в первые 72 часа от начала болезни) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено комбинированное лечение иммунными сыворотками (антитоксином ботулиническим типа A и (или) антитоксином ботулиническим типа B и (или) антитоксином ботулиническим типа E (при неустановленном типе ботулотоксина) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено зондовое питание или парентеральное питание (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена превентивная или плановая назотрахеальная интубация пациентам с афагией | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена инфузионная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**1.8. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ротавирусном гастроэнтерите (код по МКБ-10: A08.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение антигенов ротавирусов в образцах кала методом иммуноферментного анализа или качественное определение РНК ротавирусов группы A (Rotavirus A) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, или определение антигена ротавируса (Rotavirus) в образцах кала методом иммунохроматографического анализа | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами кишечных адсорбентов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение препаратами противодиарейных микроорганизмов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**1.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ротавирусном гастроэнтерите (код по МКБ-10: A08.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение антигенов ротавирусов в образцах кала методом иммуноферментного анализа или качественное определение РНК ротавирусов группы А (Rotavirus A) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, или определение антигена ротавируса (Rotavirus) в образцах кала методом иммунохроматографического анализа | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами кишечных адсорбентов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственными препаратами противодиарейных микроорганизмов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено измерение массы тела | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный у больных со средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести ротавирусной инфекцией | Да/Нет |
| 8. | Выполнен расчет объема инфузионной терапии в случае проведения инфузионной терапии | Да/Нет |

**1.10. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при туберкулезе (коды по МКБ-10: A15 - A19)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная или томография легких аналоговая, или томография легких цифровая - томосинтез, или спиральная компьютерная томография легких | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) или микроскопическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование плевральной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование мочи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование синовиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование биоптата бронхолегочной ткани на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование желчи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) или молекулярно-биологическое исследование мокроты, бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных вод бронхов на Mycobacterium tuberculosis complex, или определение ДНК микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в моче (в том числе после массажа простаты), или молекулярно-биологическое исследование кала на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculesis), или молекулярно-биологическое исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в крови, или молекулярно-биологическое исследование препарата нативной подкожной жировой клетчатки или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата костной ткани или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата верхних дыхательных путей или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей трахеи и бронхов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование перикардиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей средостения или внутригрудных лимфоузлов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей лимфоузла | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | или парафинового блока на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование для подтверждения принадлежности культуры микобактерий к Mycobacterium tuberculosis complex или нетуберкулезным микобактериям (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 4. | Выполнено направление в противотуберкулезный диспансер в срок 3 календарных дня для проведения дополнительного обследования пациента при подозрении на туберкулез | Да/Нет |

**1.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при туберкулезе (коды по МКБ-10: A15 - A19)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная или томография легких аналоговая, или томография легких цифровая - томосинтез, или спиральная компьютерная томография легких | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) или микроскопическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование плевральной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование мочи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование синовиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование биоптата бронхолегочной ткани на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование желчи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микробиологическое (культуральное) исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование бронхоальвеолярной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование бронхолегочной ткани на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование костной ткани на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование крови на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) выявление микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в секрете простаты, или микробиологическое (культуральное) выявление микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в эякуляте (в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 4. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого ряда на жидких питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к противотуберкулезным лекарственным препаратам второго ряда на жидких питательных средах, или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к одному лекарственному препарату включая резервные на жидких питательных средах, или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого ряда на плотных питательных средах, или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к противотуберкулезным лекарственным препаратам второго ряда на плотных питательных средах (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | complex) или молекулярно-биологическое исследование мокроты, бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных вод бронхов на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или определение ДНК микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в моче (в том числе после массажа простаты), или молекулярно-биологическое исследование кала на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculesis), или молекулярно-биологическое исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в крови, или молекулярно-биологическое исследование препарата нативной подкожной жировой клетчатки или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата костной ткани или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата верхних дыхательных путей или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей трахеи и бронхов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование перикардиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей средостения или внутригрудных лимфоузлов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей лимфоузла или парафинового блока на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование для подтверждения принадлежности культуры микобактерий к Mycobacterium tuberculosis complex или нетуберкулезным микобактериям (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 6. | Выполнено определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени к лекарственным препаратам первого ряда или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) методом полимеразной цепной реакции с дальнейшей гибридизацией к лекарственным препаратам первого ряда, или определение мутаций | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени к лекарственным препаратам второго ряда, или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) методом полимеразной цепной реакции с дальнейшей гибридизацией к лекарственным препаратам второго ряда (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 7. | Выполнено лечение противотуберкулезными лекарственными препаратами, в том числе изониазидом и рифампицином, при лекарственной чувствительности Mycobacterium tuberculosis, в том числе клинически установленной или выполнено лечение противотуберкулезными лекарственными препаратами, в том числе рифампицином и одним из лекарственных препаратов группы фторхинолонов, при лекарственной устойчивости Mycobacterium tuberculosis к изониазиду и чувствительности к рифампицину, подтвержденной бактериологическими или молекулярно-генетическими методами, или выполнено лечение противотуберкулезными лекарственными препаратами, в том числе бедаквилином, линезолидом, при множественной и пре-широкой лекарственной устойчивости Mycobacterium tuberculosis, в том числе клинически установленной, или выполнено лечение противотуберкулезными лекарственными препаратами, в том числе бедаквилином или линезолидом, при широкой лекарственной устойчивости Mycobacterium tuberculosis | Да/Нет |
| 8. | Выполнено патогенетическое лечение с использованием одного или нескольких лекарственных препаратов | Да/Нет |
| 9. | Выполнено симптоматическое лечение для коррекции побочных реакций и (или) купирования симптомов заболевания | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-торакального хирурга для решения вопроса о своевременном хирургическом лечении | Да/Нет |

**1.12. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при туберкулезе (коды по МКБ-10: A15 - A19)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным или исследование интерферона-гамма на антигены микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнена спиральная компьютерная томография легких или компьютерная томография органов грудной клетки (при положительных результатах пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным или исследования интерферона-гамма на антигены микобактерий туберкулеза (внутрикожная проба или исследование крови) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) или микроскопическое исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | бронхоальвеолярной лаважной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование плевральной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование мочи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование синовиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование биоптата бронхолегочной ткани на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование желчи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 4. | Выполнено направление в противотуберкулезный диспансер для проведения дополнительного обследования пациента с подозрением на туберкулез органов дыхания в срок 3 календарных дня | Да/Нет |

**1.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при туберкулезе (коды по МКБ-10: A15 - A19)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена спиральная компьютерная томография легких или компьютерная томография грудной клетки (при положительных результатах пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным или исследования интерферона-гамма на антигены микобактерий туберкулеза (внутрикожная проба или исследование крови) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (Mycobacterium spp.) или микроскопическое исследование бронхоальвеолярной лаважной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование плевральной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование мочи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование синовиальной жидкости на | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование биоптата бронхолегочной ткани на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование желчи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микроскопическое исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) или молекулярно-биологическое исследование мокроты, бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных вод бронхов на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или определение ДНК микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в моче (в том числе после массажа простаты), или молекулярно-биологическое исследование кала на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculesis), или молекулярно-биологическое исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в крови, или молекулярно-биологическое исследование препарата нативной подкожной жировой клетчатки или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата костной ткани или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата верхних дыхательных путей или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей трахеи и бронхов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование перикардиальной жидкости на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей средостения или внутригрудных лимфоузлов или парафинового блока на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции или молекулярно-биологическое исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) методом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | полимеразной цепной реакции, или молекулярно-биологическое исследование нативного препарата тканей лимфоузла или парафинового блока на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или молекулярно-биологическое исследование для подтверждения принадлежности культуры микобактерий к Mycobacterium tuberculosis complex или нетуберкулезным микобактериям (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 4. | Выполнено определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени к лекарственным препаратам первого ряда или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) методом полимеразной цепной реакции с дальнейшей гибридизацией к лекарственным препаратам первого ряда, или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени к лекарственным препаратам второго ряда, или определение мутаций ассоциированных с лекарственной устойчивостью в ДНК микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) методом полимеразной цепной реакции с дальнейшей гибридизацией к лекарственным препаратам второго ряда (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis), или микробиологическое (культуральное) исследование плевральной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование пунктата пролежня кожи на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование спинномозговой жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) отделяемого конъюнктивы на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование бронхоальвеолярной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование бронхолегочной ткани на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на микобактерии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование костной ткани на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) исследование крови на микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex), или микробиологическое (культуральное) выявление микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в секрете простаты, или микробиологическое (культуральное) выявление микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis complex) в эякуляте (в зависимости от предполагаемой локализации) | |
| 6. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого ряда на жидких питательных средах или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к противотуберкулезным лекарственным препаратам второго ряда на жидких питательных средах, или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к одному лекарственному препарату включая резервные на жидких питательных средах, или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого ряда на плотных питательных средах, или микробиологическое (культуральное) исследование для определения чувствительности (Mycobacterium tuberculosis complex) к противотуберкулезным лекарственным препаратам второго ряда на плотных питательных средах (при установлении диагноза в зависимости от предполагаемой локализации) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение противотуберкулезными лекарственными препаратами, в том числе изониазидом и рифампицином, при лекарственной чувствительности Mycobacterium tuberculosis, в том числе клинически установленной или назначено лечение противотуберкулезными лекарственными препаратами, в том числе рифампицином и одним из лекарственных препаратов группы фторхинолонов, при лекарственной устойчивости Mycobacterium tuberculosis к изониазиду и чувствительности к рифампицину, подтвержденной бактериологическими или молекулярно-генетическими методами, или назначено лечение противотуберкулезными лекарственными препаратами, в том числе бедаквилином, линезолидом, при множественной и пре-широкой лекарственной устойчивости Mycobacterium tuberculosis, в том числе клинически установленной, или назначено лечение противотуберкулезными лекарственными препаратами, в том числе бедаквилином или линезолидом, при широкой лекарственной устойчивости Mycobacterium tuberculosis | Да/Нет |
| 8. | Выполнены электрокардиография, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных не реже 1 раза в 1 месяц (при лечении моксифлоксацином и (или) бедаквилином и (или) деламанидом) | Да/Нет |

**1.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при менингококковой инфекции (код по МКБ-10: Z22.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено микробиологическое исследование мазка слизистой задней стенки глотки на возбудитель менингококковой инфекции (Neisseria meningitidis) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение лекарственными препаратами системного антибактериального действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**1.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при менингококковой инфекции (коды по МКБ-10: A39, Z22.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено микробиологическое исследование мазка слизистой задней стенки глотки на возбудитель менингококковой инфекции (Neisseria meningitidis) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование показателей гемостаза с исследованием времени кровотечения, времени свертывания крови, коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при подозрении на генерализованную менингококковую инфекцию) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность пациентам с подозрением на генерализованную менингококковую инфекцию | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами системного антибактериального действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено суточное наблюдение врачом-анестезиологом-реаниматологом на койках интенсивной терапии в стационарных условиях с оценкой по шкале комы Глазго (пациентам с рефрактерным септическим шоком и (или) церебральной недостаточностью и (или) некупируемым судорожным статусом) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |

**1.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при сифилисе (коды по МКБ-10: A50, A51, A52, A53)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врача-невролога и (или) консультация врача-терапевта, и (или) консультация врача-офтальмолога при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата | Да/Нет |
| 3. | Назначено проведение полного курса специфической терапии лекарственными препаратами бензилпенициллина или цефтриаксоном по схемам, соответствующим установленному диагнозу | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (Treponema pallidum) и (или) молекулярно-биологическое исследование (определение ДНК Treponema pallidum) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек, и (или) определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) (серологическими методами) (для подтверждения диагноза сифилиса) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение пенициллинами или антибактериальными лекарственными препаратами системного действия резерва (цефтриаксон, доксициклин, эритромицин) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при сифилисе (коды по МКБ-10: A50, A51, A52, A53)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости и определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в реакции непрямой иммунофлюоресценции в ликворе, и качественное и полуколичественное определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в спинномозговой жидкости в нетрепонемных тестах (тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний, реакция микропреципитации), и качественное и полуколичественное определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в реакции пассивной гемагглютинации в ликворе (при установлении диагноза нейросифилис) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена консультация врача-невролога и (или) консультация врача-терапевта, и (или) консультация врача-офтальмолога при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата | Да/Нет |
| 4. | Выполнено проведение полного курса специфической терапии лекарственными препаратами бензилпенициллина или цефтриаксоном по схемам, соответствующим установленному диагнозу | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено микроскопическое исследование специфических элементов на бледную трепонему (Treponema pallidum) и (или) молекулярно-биологическое исследование (определение ДНК Treponema pallidum) отделяемого (серозного экссудата) эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек, и (или) определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) (серологическими методами) (для подтверждения диагноза сифилиса) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение пенициллинами или антибактериальными лекарственными препаратами системного действия резерва (цефтриаксон, доксициклин, эритромицин) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гонококковой инфекции (код по МКБ-10: A54)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микроскопическое и (или) молекулярно-биологическое, и (или) микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов и (или) уретры, слизистой оболочки прямой кишки на гонококк (Neisseria gonorrhoeae) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение цефтриаксоном или цефотаксимом, или цефиксимом, или спектиномицином | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хламидийной инфекции (коды по МКБ-10: A56, A74)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследования молекулярно-биологическими методами | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение доксициклином или офлоксацином, или миноциклином | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение азитромицином или амоксициллином беременным, женщинам в период лактации | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение азитромицином или эритромицином детям | Да/Нет |

**1.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при урогенитальном трихомониазе (код по МКБ-10: A59)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование отделяемого женских половых органов и (или) отделяемого из уретры на трихомонас вагиналис (Trichomonas vaginalis) микроскопическим методом и (или) молекулярно-биологическим методом, и (или) культуральным методом исследования (подтверждение диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение метронидазолом или тинидазолом, или орнидазолом | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аногенитальной герпетической вирусной инфекции (коды по МКБ-10: A60 (A60.0, A60.1, A60.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение ацикловиром или валацикловиром, или фамцикловиром | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аногенитальных (венерических) бородавках (код по МКБ-10: A63.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено удаление аногенитальных (венерических) бородавок | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при урогенитальных заболеваниях, вызванных Mycoplasma genitalium (код по МКБ-10: A63.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение ДНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции или определение рРНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | половых органов с помощью реакции транскрипционной амплификации в режиме реального времени, и (или) молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (Mycoplasma genitalium), и (или) определение ДНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой мочеиспускательного канала методом полимеразной цепной реакции, или определение рРНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой мочеиспускательного канала с помощью реакции транскрипционной амплификации в режиме реального времени | |
| 3. | Назначено лечение доксициклином и азитромицином или доксициклином и моксифлоксацином при уретрите и (или) цервиците, вызванным Mycoplasma genitalium | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение доксициклином или моксифлоксацином при сальпингоофорите и (или) эндометрите, вызванным Mycoplasma genitalium | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при урогенитальных заболеваниях, вызванных Mycoplasma genitalium (код по МКБ-10: A63.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение ДНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции или определение рРНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов с помощью реакции транскрипционной амплификации в режиме реального времени, и (или) молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (Mycoplasma genitalium), и (или) определение ДНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой мочеиспускательного канала методом полимеразной цепной реакции, или определение рРНК микоплазмы гениталиум (Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой мочеиспускательного канала с помощью реакции транскрипционной амплификации в режиме реального времени | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение доксициклином и азитромицином или доксициклином и моксифлоксацином при уретрите и (или) цервиците, вызванным Mycoplasma genitalium | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение доксициклином или моксифлоксацином при сальпингоофорите и (или) эндометрите, вызванным Mycoplasma genitalium | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите А (код по МКБ-10: B15) (без печеночной комы)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врача-инфекциониста | Да/Нет |

**1.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите А (код по МКБ-10: B15) (без печеночной комы)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение методом иммуноферментного анализа в крови anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBcor IgM, качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена дезинтоксикационная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено достижение снижения уровня аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено достижение снижения уровня билирубина в крови до 40 мкмоль/л и менее (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено достижение повышения протромбинового индекса не ниже 80% (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение протромбинового индекса пациентам с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | наличием геморрагического синдрома | |

**1.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите В (код по МКБ-10: В16) (без печеночной комы)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена консультация врача-инфекциониста | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови | Да/Нет |

**1.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите В (код по МКБ-10: В16) (без печеночной комы)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование белковых фракций в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено количественное определение поверхностного антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови и определение антител класса M к ядерному антигену (anti-HB-core IgM) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена дезинтоксикационная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено достижение снижения уровня аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено достижение снижения уровня билирубина в крови до 40 мкмоль/л и менее (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено достижение повышения протромбинового индекса не ниже 80% (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнено определение анти-HDV IgM или РНК HDV | Да/Нет |
| 10. | Выполнены качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, качественное определение РНК вируса гепатита C (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, качественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, определение РНК вируса гепатита A (Hepatitis A virus) в крови методом полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 11. | Выполнены определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, определение антител класса M (anti-HAV IgM) к вирусу гепатита A, качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител класса M к ядерному антигену (anti-HB-core IgM) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HB-core IgG) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение e-антигена (HBeAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 12. | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 13. | Выполнено определение протромбинового индекса | Да/Нет |

**1.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при остром гепатите B (код по МКБ-10: B16)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб со сбором эпидемиологического анамнеза | Да/Нет |
| 2. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови и качественное определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, и определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HB-core IgG) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови (полимеразная цепная реакция) на вирус гепатита B (Hepatitis B virus) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 5. | Выполнена консультация врача-инфекциониста | Да/Нет |

**1.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром гепатите B (код по МКБ-10: B16)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб со сбором эпидемиологического анамнеза | Да/Нет |
| 2. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови и качественное определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, и определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HB-core IgG) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови (полимеразная цепная реакция) на вирус гепатита B (Hepatitis B virus) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственными препаратами глюкокортикоидов (пациентам с тяжелым течением) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализа крови расширенный | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование прямого (связанного) билирубина в крови и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование активности щелочной фосфатазы в крови | Да/Нет |
| 12. | Выполнен динамический контроль показателей пациентам, имеющим отклонения в показателях коагулограммы, общего белка и альбумина, а также пациентам с клиническими признаками снижения белково-синтетической функции печени | Да/Нет |
| 13. | Выполнена энтеросорбция | Да/Нет |
| 14. | Выполнена дезинтоксикационная терапия | Да/Нет |
| 15. | Выполнена терапия, направленная на нормализацию функции желудочно-кишечного тракта (профилактика запоров) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена терапия, в случае холестаза, направленная на нормализацию функции желчеобразования и желчевыведения | Да/Нет |
| 17. | Выполнены экстракорпоральные методы детоксикации в случае | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | тяжелого злокачественного течения острого гепатита В и неэффективности консервативных мероприятий | |

**1.31. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите С (код по МКБ-10: В17.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование общего холестерина в крови | Да/Нет |

**1.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите С (код по МКБ-10: В17.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование общего холестерина в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBcor IgM, суммарных антител к вирусу гепатита С (anti-HCV IgG) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 4. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнена дезинтоксикационная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено достижение снижения уровня аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнено достижение снижения уровня билирубина в крови до 40 мкмоль/л и менее (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено достижение повышения протромбинового индекса не ниже 80% (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 11. | Выполнена противовирусная терапия пациентам с острым гепатитом С с подтвержденной виремией | Да/Нет |
| 12. | Выполнено количественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени при положительном результате качественного теста и планируемой противовирусной терапии | Да/Нет |
| 13. | Выполнено определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции пациентам с подтвержденной виремией для определения выбора лекарственного препарата при планировании использования противовирусных лекарственных препаратов для лечения гепатита С, зависящих от генотипа вируса | Да/Нет |
| 14. | Выполнена инфузионная терапия (при наличии симптомов интоксикации) | Да/Нет |

**1.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при остром гепатите С (код по МКБ-10: B17.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб со сбором эпидемиологического анамнеза | Да/Нет |
| 2. | Выполнено качественное исследование суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови (полимеразная цепная реакция) на вирус гепатита С (Hepatitis C virus) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 5. | Выполнена консультация врача-инфекциониста | Да/Нет |

**1.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром гепатите С (код по МКБ-10: B17.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб со сбором эпидемиологического | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | анамнеза | |
| 2. | Выполнено качественное исследование суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови (полимеразная цепная реакция) на вирус гепатита С (Hepatitis C virus) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственными препаратами глюкокортикоидов (пациентам с тяжелым течением) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование глюкозы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена консультация врача-невролога пациентам с тяжелым течением острого гепатита С при подозрении на развитие энцефалопатии | Да/Нет |
| 9. | Выполнена инфузионная терапия в случае среднетяжелого и тяжелого течения заболевания | Да/Нет |

**1.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите D (код по МКБ-10: B18.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови (при установлении диагноза и 2 раза в год после завершения противовирусной терапии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение активности аланинаминотрансферазы в крови и определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (2 раза в год пациентам, завершившим этиотропное (противовирусное) лечение) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антител к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | крови (anti-ВГD) (при установлении диагноза) | |
| 5. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (при установлении диагноза однократно и пациентам, завершившим противовирусную терапию - 2 раза в год) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови (пациентам с F3 - F4 по METAVIR) (при установлении диагноза и далее - 2 раза в год) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови (пациентам, завершившим противовирусное лечение) (1 раз в год) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при установлении диагноза и пациентам с F0 - F2 по METAVIR 1 раз в год и пациентам с F3 - F4 по METAVIR 2 раза в год) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены эластометрия печени и (или) расчетные индексы фиброза (APRI, FIB-4) (при установлении диагноза, далее 1 раз в год) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза, далее 1 раз в год) | Да/Нет |
| 11. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с введением гепатотропного контрастного препарата (при подозрении на очаговое образование печени) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнен диспансерный прием врача-инфекциониста или врача общей практики (семейного врача), или диспансерный прием врача-терапевта, или диспансерный прием врача-гастроэнтеролога | Да/Нет |
| 13. | Выполнен диспансерный прием врача-инфекциониста или врача общей практики (семейного врача), или диспансерный прием врача-терапевта, или диспансерный прием врача-гастроэнтеролога (пациентам, завершившим этиотропную (противовирусную) терапию) (2 раза в год) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, в % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения) и (или) определение международного нормализованного отношения расчетным методом | Да/Нет |
| 15. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 16. | Выполнено количественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при наличии) | Да/Нет |
| 17. | Выполнены определение антител к тиреопероксидазе в крови, исследование свободного тироксина в крови, исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | тиреотропного гормона в крови (перед лечением интерферонами) | |
| 18. | Выполнено лечение булевиртидом в режиме монотерапии или комбинированной терапии с интерферонами | Да/Нет |
| 19. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный через 4 недели и далее каждые 12 недель лечения (или каждые 4 недели при наличии цирроза печени) в режиме монотерапии | Да/Нет |
| 20. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный через 2 недели и каждые 4 недели лечения в режиме комбинированной терапии (или чаще по показаниям) | Да/Нет |
| 21. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови через 4 недели и далее каждые 12 недель лечения в режиме монотерапии или комбинированной терапии (или каждые 4 недели при наличии цирроза печени) | Да/Нет |
| 22. | Выполнены определение антител к тиреопероксидазе в крови, исследование свободного тироксина в крови, исследование тиреотропного гормона в крови (через каждые 12 недель лечения интерферонами (или чаще по показаниям) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (у пациентов со слабовыраженным и умеренным фиброзом печени (F0 - F2 по METAVIR) через 12, 24 и 48 недель лечения) | Да/Нет |
| 24. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, при положительном результате - количественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при наличии), исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови у пациентов с выраженным фиброзом и циррозом печени (F3 - F4 по METAVIR) через 48 недель лечения | Да/Нет |
| 25. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией через 96, 144 недели от начала лечения, при положительном результате - количественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при наличии) | Да/Нет |
| 26. | Выполнена эластометрия печени (контролируемая вибрационная транзиентная, динамическая ультразвуковой сдвиговой волны, компрессионная (статическая) в режиме реального времени) и (или) расчетные индексы фиброза (APRI, FIB-4) через 48 недель лечения у пациентов с отсутствием вирусологического, полного вирусологического, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | частичного вирусологического, биохимического ответа | |
| 27. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, качественное определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови у пациентов, получающих комбинированную терапию через 48 недель лечения, далее 1 раз в год | Да/Нет |
| 28. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный у пациентов с декомпенсированным циррозом печени, получающих монотерапию, каждые 4 недели | Да/Нет |
| 29. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови у пациентов с декомпенсированным циррозом печени, получающих монотерапию, каждые 2 недели | Да/Нет |
| 30. | Выполнено исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения) и (или) определение международного нормализованного отношения расчетным методом у пациентов с декомпенсированным циррозом печени, получающих монотерапию | Да/Нет |
| 31. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови у пациентов с отменой лечения в связи с отсутствием ответа каждые 4 недели в течение 3 месяцев после отмены | Да/Нет |
| 32. | Выполнено количественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при наличии) у пациентов с отменой лечения в связи с отсутствием ответа | Да/Нет |
| 33. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией у пациентов, завершивших лечение в связи с достижением авиремии и нормализации уровня аминотрансфераз, 2 раза в год | Да/Нет |
| 34. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови у пациентов, завершивших лечение в связи с достижением авиремии и нормализации уровня аминотрансфераз, 2 раза в год | Да/Нет |
| 35. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, качественное определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови у пациентов, завершивших лечение в связи с достижением авиремии и нормализации уровня аминотрансфераз, 1 раз | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | в год | |
| 36. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови у пациентов с выраженным фиброзом и циррозом печени (F3 - F4 по METAVIR) 2 раза в год | Да/Нет |
| 37. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости у пациентов со слабовыраженным и умеренным фиброзом печени (F0 - F2 по METAVIR) 1 раз в год, с выраженным фиброзом и циррозом печени (F3 - F4 по METAVIR) - 2 раза в год | Да/Нет |
| 38. | Выполнена эластометрия печени (контролируемая вибрационная транзиентная, динамическая ультразвуковой сдвиговой волны, компрессионная (статическая) в режиме реального времени) и (или) расчет индексов фиброза (APRI, FIB-4) 1 раз в год | Да/Нет |
| 39. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия у пациентов с варикозным расширением вен пищевода 1 раз в год (или чаще по показаниям) | Да/Нет |
| 40. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием гепатотропным контрастным средством при подозрении на очаговое образование печени | Да/Нет |

**1.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите D (код по МКБ-10: B18.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение булевиртидом в режиме монотерапии или комбинированной терапии с интерферонами | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения) у пациентов с декомпенсированным циррозом печени, получающих монотерапию | Да/Нет |

**1.37. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите C (код по МКБ-10: B18.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение anti-HCV (при проведении скрининга) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ РНК вирусного гепатита С или HCVcAg (при первичном выявлении anti-HCV) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование креатинина в крови, и общий (клинический) анализ крови расширенный (при циррозе печени и (или) признаках внепеченочных проявлений хронического вирусного гепатита С) | |
| 4. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови (пациентам с F3 - F4 по METAVIR) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена неинвазивная диагностика фиброза (расчетные индексы фиброза или эластометрия печени) и ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (при лечении рибавирином) каждые 2 - 4 недели противовирусной терапии | Да/Нет |
| 7. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (при инициации терапии и через 12 недель после окончания терапии) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**1.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите С (код по МКБ-10: B18.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам с циррозом печени) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный в случае применения рибавирина каждые 2 - 4 недели противовирусной терапии | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, в случае если планируется генотип-специфичная схема противовирусной терапии | Да/Нет |
| 4. | Выполнено качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией или количественное определение ядерного антигена (HCVcAg) вируса гепатита С (Hepatitis C virus core antigen) в крови методом иммунохемилюминесцентного анализа | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование креатинина в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнено исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения) пациентам с циррозом печени | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови пациентам с выраженным и тяжелым фиброзом печени (F3 - F4 по METAVIR) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 11. | Выполнена оценка фиброза печени (эластометрия печени и (или) расчетные индексы фиброза, и (или) биопсия печени) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (исходно и через 12 недель после окончания лечения) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови пациентам с выраженным и тяжелым фиброзом печени (F3 - F4 по METAVIR) 1 раз в 6 месяцев | Да/Нет |
| 14. | Выполнена оценка фиброза печени (эластометрия печени и (или) расчетные индексы фиброза, и (или) биопсия печени) 1 раз в год | Да/Нет |
| 15. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости пациентам с выраженным и тяжелым фиброзом печени (F3 - F4 по METAVIR) 1 раз в 6 месяцев | Да/Нет |
| 16. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия пациентам с циррозом печени 1 раз в год | Да/Нет |

**1.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ВИЧ-инфекции (коды по МКБ-10: B20, B21, B22, B23, B24, F02.4, R75, Z11.4, Z20.6, Z21, Z71.7, Z83.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено качественное определение антител к индивидуальным белкам вируса иммунодефицита человека 1 и 2 типа (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1/2) в крови методом иммуноблота или количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (в случае положительного результата определения суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ) (подтверждающее) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-инфекциониста первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено установление клинического диагноза в течение 10 календарных дней с момента обращения | Да/Нет |
| 4. | Выполнена флюорография грудной клетки или рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, антигена вируса гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии не реже 2 раз в 12 месяцев (при диспансерном наблюдении пациента) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (не реже 2 раз в 12 месяцев при регулярном диспансерном наблюдении пациента) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено назначение антиретровирусной терапии состоящим под диспансерным наблюдением (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение мутаций лекарственной устойчивости в РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) методом секвенирования по Сенгеру (при доказанной вирусологической неэффективности лечения и достаточном для проведения резистентности уровне вирусной нагрузки) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено внесение в медицинскую документацию информации о согласии и (или) отказе пациента от антиретровирусной терапии | Да/Нет |

**1.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ВИЧ-инфекции (коды по МКБ-10: B20, B21, B22, B23, B24, F02.4, R75, Z11.4, Z20.6, Z21, Z71.7, Z83.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено качественное определение антител к индивидуальным белкам вируса иммунодефицита человека 1 и 2 типа (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1/2) в крови методом иммуноблота или количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (в случае положительного результата определения суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ) (подтверждающее) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена флюорография грудной клетки или рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, антигена вируса гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение антиретровирусной терапии пациенту, находящемуся под диспансерным наблюдением (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено внесение в медицинскую документацию информации о согласии и (или) отказе пациента от антиретровирусной терапии | Да/Нет |
| 8. | Выполнено внесение в медицинскую документацию информации об отказе от каких-либо лечебных или диагностических мероприятий в случае отказа пациента | Да/Нет |

**1.41. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ВИЧ-инфекции у беременных (коды по МКБ-10: B20, B21, B22, B23, B24, Z21, F02.4, R75, Z11.4, Z20.6, Z21, Z71.7, Z83)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено качественное определение антител к индивидуальным белкам вируса иммунодефицита человека 1 и 2 типа (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1/2) в крови методом иммуноблота или количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (в случае положительного результата определения суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-инфекциониста первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено установление клинического диагноза в течение 10 календарных дней с момента обращения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени во время первого дородового визита | Да/Нет |
| 5. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени через 4 | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | недели от начала или смены антиретровирусной терапии и на 36 неделе беременности у женщины, посещавшей центр профилактики и борьбы со СПИД в указанные сроки беременности | |
| 6. | Выполнено определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза при первичном посещении центра профилактики и борьбы со СПИД) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии через 4 и 12 недель от начала или смены антиретровирусной терапии, далее - 1 раз в 12 недель | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение лекарственных антиретровирусных препаратов не позднее 13-й недели беременности (при своевременной явке в центра профилактики и борьбы со СПИД) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, антигена вируса гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение мутаций лекарственной устойчивости в РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) методом секвенирования по Сенгеру (при доказанной вирусологической неэффективности лечения и достаточном для проведения резистентности уровне вирусной нагрузки) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено внесение информации об отказе и (или) согласии женщины от химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку в медицинскую документацию | Да/Нет |
| 13. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный при постановке на учет в территориальный центр профилактики и борьбы со СПИД | Да/Нет |
| 14. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный центра профилактики и борьбы со СПИД | Да/Нет |
| 15. | Выполнено достижение неопределяемого уровня вирусной нагрузки во время беременности (при высокой приверженности пациента лечению и отсутствии лекарственной устойчивости ВИЧ) | Да/Нет |

**1.42. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ВИЧ-инфекции у беременных (коды по МКБ-10: B20, B21, B22, B23, B24, Z21, F02.4, R75, Z11.4, Z20.6, Z21, Z71.7, Z83)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено качественное определение антител к индивидуальным белкам вируса иммунодефицита человека 1 и 2 типа (Human | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | immunodeficiency virus, anti-HIV 1/2) в крови методом иммуноблота или количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени в случае положительного результата определения суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ | |
| 2. | Выполнено исследование антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и определение антигена p24 вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в крови (у беременной, роженицы и родильницы при отсутствии обменной карты, при нарушении правил заполнения обменной карты и (или) правил заполнения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию, выполненного ранее и по эпидемиологическим показаниям (употребление психоактивных веществ, незащищенные половые контакты с потребителем психоактивных веществ или ВИЧ-инфицированным лицом) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени во время первого дородового визита | Да/Нет |
| 4. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени через 4 недели от начала или смены антиретровирусной терапии и на 36-й неделе беременности у женщины, посещавшей центр профилактики и борьбы со СПИД в указанные сроки беременности | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза при первичном посещении центра профилактики и борьбы со СПИД) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии через 4 и 12 недель от начала или смены антиретровирусной терапии, далее - 1 раз в 12 недель | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение лекарственных антиретровирусных препаратов не позднее 13 недели беременности (при своевременной явке в центр профилактики и борьбы со СПИД) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, антигена вируса гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение мутаций лекарственной устойчивости в РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) методом секвенирования по Сенгеру (при доказанной вирусологической неэффективности лечения и достаточном для проведения резистентности уровне вирусной нагрузки) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнено внесение в медицинскую документацию информации об отказе и (или) согласии женщины от химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку | Да/Нет |

**1.43. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ВИЧ-инфекции (коды по МКБ-10: B20, B21, B22, B23, B24, R75, Z21, Z20.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен курс лечения (профилактика передачи ВИЧ) при наличии перинатального контакта (зидовудином или зидовудином + ламивудином + невирапином) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) через 2 недели после окончания приема антиретровирусных лекарственных препаратов (профилактического курса антиретровирусной терапии) у ребенка ВИЧ-серопозитивной матери | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (процентное содержание и абсолютное количество, и оценка иммунной категории) и определение маркера CD8 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (процентное содержание и абсолютное количество, и вычисление иммунорегуляторного индекса - соотношения абсолютных показателей CD4/CD8) при постановке ВИЧ-инфицированного ребенка на диспансерный учет | Да/Нет |
| 4. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение мутаций лекарственной устойчивости в РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) методом секвенирования по Сенгеру при наличии признаков неэффективности антиретровирусной терапии и при исключении неприверженности к антиретровирусной терапии | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) медицинского психолога первичный не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение антиретровирусной терапии в течение 14 календарных дней после постановки под диспансерное наблюдение (возраст младше 1 года, клинические стадии 2В, 4Б, 4В, СПИД-индикаторные заболевания, иммунная категория) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен диспансерный прием (консультация) врача-инфекциониста не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный не реже 1 | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | раза в 6 месяцев | |

**1.44. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ВИЧ-инфекции (коды по МКБ-10: B20, B21, B22, B23, B24, R75, Z21, Z20.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен курс лечения (профилактика передачи ВИЧ) при наличии перинатального контакта (зидовудином или зидовудином + ламивудином + невирапином) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено начало курса лечения (профилактики) в первые 4 - 6 часов жизни новорожденного зидовудином или зидовудином + ламивудином + невирапином при наличии перинатального контакта по ВИЧ-инфекции | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на вирус иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) через 2 недели после окончания приема антиретровирусных лекарственных препаратов (профилактического курса антиретровирусной терапии) у ребенка ВИЧ-серопозитивной матери | Да/Нет |
| 4. | Выполнено количественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение мутаций лекарственной устойчивости в РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) методом секвенирования по Сенгеру при наличии признаков неэффективности антиретровирусной терапии и при исключении неприверженности к антиретровирусной терапии | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение антиретровирусной терапии в течение 14 календарных дней после постановки под диспансерное наблюдение (возраст младше 1 года, клинические стадии 2В, 4Б, 4В, СПИД-индикаторные заболевания, иммунная категория) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена химиопрофилактика перинатальной передачи ВИЧ у новорожденного при наличии ВИЧ-инфекции у матери | Да/Нет |
| 8. | Выполнено обследование ребенка на ВИЧ-инфекцию в случаях: при выявлении ВИЧ-инфекции у матери (и (или) отца), при выявлении ВИЧ-инфекции у кормящей матери, при отсутствии перинатального контакта по ВИЧ-инфекции при выявлении факторов риска инфицирования или клинико-лабораторных признаков ВИЧ-инфекции, детей, оставшихся без попечения родителей | Да/Нет |
| 9. | Выполнено семейное клинико-психологическое консультирование или индивидуальное клинико-психологическое консультирование по вопросам приверженности (перед началом антиретровирусной терапии и далее не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнено углубленное неврологическое обследование детей 0 - 17 лет, состоящих на диспансерном учете, не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |

**1.45. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при аскаридозе (коды по МКБ-10: B77 (B77.0, B77.8, B77.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (пациентам с абдоминальным болевым синдромом) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение албендазолом или мебендазолом, или пирантелом | Да/Нет |

**1.46. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при аскаридозе (коды по МКБ-10: B77 (B77.0, B77.8, B77.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (пациентам с абдоминальным болевым синдромом) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение албендазолом или мебендазолом, или пирантелом | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты при подозрении на аскаридоз пациентам с симптомами поражения дыхательных путей (кашель с мокротой) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено контрольное микроскопическое исследование кала на гельминты с применением методов обогащения через месяц после окончания лечения аскаридоза | Да/Нет |

**1.47. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите B (код по МКБ-10: B18.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнены базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и определение времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование времени кровотечения (пациентам с геморрагическим синдромом) | |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови и исследование альбумина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнены качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение е-антигена (HBeAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к е-антигену (anti-HBe) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител класса M к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнены определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) и ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение антител к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови | Да/Нет |
| 9. | Выполнено количественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при диагностике) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эластометрия печени (при диагностике) или использование комплексных расчетных тестов (расчет индексов фиброза: ФиброТест, Актитест ФиброМакс, APRI, FIB-4) (при отсутствии возможности провести эластометрию) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови пациентам с выраженным фиброзом печени для диагностики цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы | Да/Нет |
| 13. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия пациентам с тяжелым фиброзом и циррозом печени, а также с клиническими признаками нарушений функций печени, абдоминальным болевым синдромом, рвотой "кофейной гущей" | Да/Нет |
| 14. | Выполнена оценка показаний к началу противовирусной терапии | Да/Нет |
| 15. | Выполнено проведение общего (клинического) анализа крови расширенного (пациентам, получающим противовирусную терапию через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год) | Да/Нет |
| 16. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | щелочной фосфатазы в крови, и исследование глюкозы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, исследование протромбинового индекса (пациентам, получающим противовирусную терапию через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год) | |
| 17. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, количественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, и количественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови (пациентам, получающим противовирусную терапию через 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год до окончания лечения) | Да/Нет |
| 18. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование глюкозы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, исследование протромбинового индекса (в рамках диспансерного наблюдения) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции (пациентам, получившим противовирусную терапию) (1 раз в год) | Да/Нет |
| 20. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови (пациентам, получившим противовирусную терапию) (1 раз в год) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови (1 раз в год) | Да/Нет |
| 22. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (не реже 1 раза в 4 - 6 месяцев) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**1.48. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом вирусном гепатите B (код по МКБ-10: B18.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (пациентам, получающим противовирусную терапию через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование глюкозы в крови, и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, исследование протромбинового индекса (пациентам, получающим противовирусную терапию через 3, 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год) | |
| 3. | Выполнены качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, количественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, и количественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови (пациентам, получающим противовирусную терапию через 6, 12 месяцев от начала терапии и далее 1 раз в год до окончания лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение показаний к началу противовирусной терапии и выбран режим противовирусной терапии | Да/Нет |
| 5. | Выполнены денситометрия ультразвуковая (одна анатомическая область), денситометрия рентгеновская (одна анатомическая область) у пациентов при планировании назначения тенофовира и далее ежегодно | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови пациентам с наличием HBsAg для исключения гепатоцеллюлярной карциномы 1 раз в год | Да/Нет |
| 7. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови пациентам с хроническим вирусным гепатитом B, получившим противовирусную терапию, не реже 1 раз в год | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости для оценки стадии заболевания, выявления очаговых образований в печени не реже 1 раза в 4 - 6 месяцев | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 10. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови | Да/Нет |
| 11. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), определение времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы, времени кровотечения, протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, тромбинового времени в крови, протромбинового индекса и международного непатентованного отношения (при наличии геморрагического синдрома) | Да/Нет |
| 12. | Выполнены исследование общего белка в крови и исследование альбумина в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 13. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 14. | Выполнены качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение е-антигена (HBeAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к е-антигену (anti-HBe) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител класса M к ядерному антигену (anti-HB-core IgM) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 15. | Выполнены определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) и ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови всем пациентам при выявлении HBsAg в крови | Да/Нет |
| 16. | Выполнено качественное определение суммарных антител (anti-HDV) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови (независимо от уровня ДНК вируса гепатита B, активности аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы в крови, наличия симптомов) всем пациентам с наличием HBsAg в крови | Да/Нет |
| 17. | Выполнены количественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, определение антител к е-антигену (anti-HBe) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение е-антигена (HBeAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови (для определения фазы заболевания) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено определение антител IgG к вирусу гепатита A (Hepatitis A virus) в крови для исключения паст-инфекции гепатита A | Да/Нет |
| 19. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 20. | Выполнена эластометрия печени при отсутствии лабораторно-инструментальных данных, свидетельствующих о наличии цирроза печени | Да/Нет |
| 21. | Выполнено использование комплексных расчетных тестов (расчет индексов фиброза: ФиброТест, Актитест ФиброМакс, APRI, FIB-4) при отсутствии возможности провести эластометрию | Да/Нет |
| 22. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови пациентам с выраженным фиброзом печени для диагностики цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы | Да/Нет |
| 23. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия пациентам с тяжелым фиброзом и циррозом печени, а также с клиническими признаками нарушений функций печени, абдоминальным болевым синдромом, рвотой "кофейной гущей" | Да/Нет |
| 24. | Выполнены качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, количественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, и количественное определение | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови пациентам с хроническим вирусным гепатитом B, получающим противовирусную терапию с целью контроля эффективности терапии | |
| 25. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения) 1 раз в три месяца в первый год диспансерного наблюдения, далее 1 раз в год пациентам с хроническим вирусным гепатитом B, завершившим противовирусную терапию | Да/Нет |
| 26. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови пациентам с хроническим вирусным гепатитом B, получившим противовирусную терапию, 1 раз в год | Да/Нет |

**1.49. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при энтероколите, вызванном Clostridioides difficile (C. difficile) (коды по МКБ-10: A04.7, K52.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование С-реактивного белка в крови, исследование ферритина в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование хлоридов в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено копрологическое исследование | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение ванкомицином и (или) метронидазолом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена отмена провоцирующего лекарственного препарата | Да/Нет |
| 8. | Выполнена регидратационная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена консультация врача-хирурга (пациентам с осложненным течением клостридиальной инфекции) | Да/Нет |

**1.50. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при энтероколите, вызванном Clostridioides difficile (C. difficile) (коды по МКБ-10: A04.7, K52.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование С-реактивного белка в крови, исследование ферритина в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование хлоридов в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено копрологическое исследование | Да/Нет |
| 5. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием или рентгенография брюшной полости обзорная (пациентам с тяжелым и (или) осложненным течением) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена колоноскопия (при диагностике и (или) пациентам с отсутствием ответа на лечение, и (или) с прогрессивным ухудшением состояния) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение ванкомицином и (или) метронидазолом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена отмена антибактериального лекарственного препарата, ставшего причиной развития энтероколита, вызванного C. difficile | Да/Нет |
| 11. | Выполнена регидратационная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена консультация врача-хирурга (пациентам с осложненным течением клостридиальной инфекции) при отсутствии клинического улучшения или повышении уровня лактата (> 2,2 ммоль/л) или лейкоцитозе (> 20 x 109/л) | Да/Нет |
| 13. | Выполнены определение ДНК возбудителя бактериальной дизентерии (Shigella spp.) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, определение ДНК патогенных эшерихий (Escherichia coli (EHEC, EPEC, ETEC, EAgEC, EIEC) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции, определение ДНК бактерий рода сальмонелла (Salmonella spp.) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, определение ДНК патогенных кампилобактерий (Campylobacter spp.) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, определение ДНК аденовируса (Adenovirus) в образцах кала методом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | полимеразной цепной реакции, качественное определение РНК ротавирусов группы А (Rotavirus A) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, качественное определение РНК норовирусов генотипа 2 (Norovirus G2) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, качественное определение РНК астровирусов (Astrovirus) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | |
| 14. | Выполнены меры профилактики распространения инфекции C. difficile в стационаре | Да/Нет |

**1.51. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при негонококковом (неспецифическом) уретрите у мужчин (коды по МКБ-10: N34.1, A56.0, A59.0, A60, A63.8, A49.3, B37.4, B96.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены лабораторные диагностические исследования (микроскопические, молекулярно-биологические, микробиологические и (или) культуральные на возбудителей инфекций, передающихся половым путем) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.52. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при негонококковом (неспецифическом) уретрите у мужчин (коды по МКБ-10: N34.1, A56.0, A59.0, A60, A63.8, A49.3, B37.4, B96.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены лабораторные диагностические исследования (микроскопические, молекулярно-биологические, микробиологические и (или) культуральные на возбудителей инфекций, передающихся половым путем) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**1.53. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при норовирусном гастроэнтерите (код по МКБ-10: A08.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение антигена норовирусов (Norovirus) в образцах кала методом иммуноферментного анализа, или молекулярно-биологическое исследование кала на калицивирусы (норовирусы, саповирусы) (Caliciviridae (Norovirus, Sapovirus), или определение антигена норовирусов (Norovirus) в образцах кала методом иммунохроматографического анализа | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами кишечных адсорбентов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственными препаратами противодиарейных микроорганизмов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**1.54. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при норовирусном гастроэнтерите (код по МКБ-10: A08.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение антигена норовирусов (Norovirus) в образцах кала методом иммуноферментного анализа, или молекулярно-биологическое исследование кала на калицивирусы (норовирусы, саповирусы) (Caliciviridae (Norovirus, Sapovirus), или определение антигена норовирусов (Norovirus) в образцах кала методом иммунохроматографического анализа | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение пероральными солевыми составами для регидратации (оральная регидратация) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами кишечных адсорбентов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственными препаратами противодиарейных микроорганизмов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**1.55. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при**

**лямблиозе (код по МКБ-10: A07.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на простейшие и их цисты и (или) микроскопическое исследование кала на простейшие с применением методов обогащения | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение антигена кишечных лямблий (Giardia lamblia) в образцах кала методом иммунохроматографического анализа | Да/Нет |
| 3. | Назначена этиотропная (противопаразитарная) терапия | Да/Нет |

**1.56. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: A04.0 - A04.9, A05.0, A05.3 - A05.9, A08.0 - A08.5, A09.0, A09.9, B34.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено бактериологическое исследование кала на энтеропатогенную группу (идентификация бактерий культуральным методом с помощью питательных сред и биохимических тестов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бактериологическое исследование пробы кала (пациентам декретированной группы) (контрольное) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антигенов вирусов в образцах кала или молекулярно-биологическое исследование кала (определение РНК) (при обращении за медицинской помощью) и лицам декретированных категорий (повторно через 1 - 2 календарных дня после окончания специфического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов, простейшие и их цисты | Да/Нет |
| 6. | Назначена регидратация (пациентам с секреторной и гиперосмолярной диареей) (перорально) | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение кишечными адсорбентами на основе диоксида кремния или диосмектита, или лигнина, или поливинилпирролидона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Назначено лечение антимикробными лекарственными препаратами (пациентам с признаками колита (инвазивной диареи) и (или) генерализации инфекции, и (или) при наличии сахарного диабета, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и других) и при затянувшемся бактериовыделении в периоде реконвалесценции (у декретированных групп) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнено достижение нормализации температуры, прекращения рвоты (критерии выписки из стационара) | Да/Нет |

**1.57. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: A04.0 - A04.9, A05.0, A05.3 - A05.9, A08.0 - A08.5, A09.0, A09.9, B34.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный не позднее 12 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бактериологическое исследование кала на энтеропатогенную группу | Да/Нет |
| 4. | Выполнено бактериологическое исследование пробы кала (пациентам декретированной группы) (контрольное) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антигенов вирусов в образцах кала или молекулярно-биологическое исследование кала (при обращении за медицинской помощью) и лицам декретированных категорий (повторно через 1 - 2 календарных дня после окончания специфического лечения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены копрологическое исследование и микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов, простейшие и их цисты | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование креатинина в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови (пациентам с шоком и (или) признаками обезвоживания $\geq$ II степени, и (или) при тяжелом течении) (в течение 12 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 9. | Выполнена регидратация (пациентам с секреторной и гиперосмолярной диареей) (перорально) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена регидратация (пациентам при наличии явлений шока, острого повреждения почек, обезвоживания II - III степени, с неукротимой рвотой, потерями жидкости более 1,5 л/ч, сахарным диабетом) (внутривенно) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение кишечными адсорбентами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение антимикробными препаратами | Да/Нет |
| 13. | Выполнено достижение нормализации температуры, прекращения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | рвоты и нормализации стула (критерии выписки из стационара) | |
| 14. | Выполнено контрольное лабораторное исследование (бактериологическое или полимеразная цепная реакция, или иммуноферментный анализ) лицам декретированных категорий при установленной этиологии острой кишечной инфекции через 1 - 2 календарных дня после окончания специфического лечения | Да/Нет |
| 15. | Выполнено определение массы тела | Да/Нет |

**1.58. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при шигеллезе (коды по МКБ-10: A03, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A06.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено копрологическое исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование кала или ректального мазка или рвотных масс и (или) промывных вод желудка, на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.), сальмонелла (Salmonella spp.) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы (пациентам в возрасте до 18 лет) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение антимикробными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**1.59. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при шигеллезе (коды по МКБ-10: A03, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A06.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный и общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнено копрологическое исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование активности альфа-амилазы в крови и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование С-реактивного белка в крови (пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми формами) (не позднее 12 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование кала или | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | ректального мазка или рвотных масс и (или) промывных вод желудка, на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.), сальмонелла (Salmonella spp.) | |
| 5. | Выполнена оценка степени тяжести синдрома дегидратации с помощью вопросника, оценочной шкалы (пациентам в возрасте до 18 лет) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антимикробными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено достижение отсутствия жалоб, отсутствия клинических симптомов заболевания, нормализации характера стула, отрицательных результатов бактериологических исследований кала (критерии выписки из стационара) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено проведение молекулярно-биологического исследования кала на ротавирусы (Rotavirus gr. A) или качественное определение РНК ротавирусов группы А (Rotavirus A) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, или качественное определение РНК норовирусов генотипа 1, 2 (Norovirus) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, или определение РНК калицивирусов (норовирусов) (Caliciviridae (Norovirus)) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции (при диагностике) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено микроскопическое исследование кала на простейшие и их цисты или определение ДНК амебы дизентерийной (Entamoeba histolytica) в образцах кала методом полимеразной цепной реакции и других патогенных протистов (пациентам с указанием в анамнезе посещения эндемичных территорий в последние 6 месяцев) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена ректороманоскопия пациентам старше 18 лет при подозрении на хроническое течение шигеллеза, для выявления атипичных форм шигеллеза в очаге инфекции, пациентам из декретированной группы населения | Да/Нет |
| 11. | Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов и микроскопическое исследование кала на простейшие и их цисты | Да/Нет |
| 12. | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 13. | Выполнен осмотр врачом-хирургом в течение 30 минут часов от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен осмотр врачом - анестезиологом-реаниматологом до 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии показаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено измерение массы тела, проведена оценка степени дегидратации | Да/Нет |
| 16. | Выполнены измерение артериального давления на периферических артериях, исследование пульса, измерение частоты дыхания, состояния | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | кожных покровов (сухость, бледность, холодные на ощупь, акроцианоз), объема диуреза (олигоурия, олигоанурия) с целью оценки степени обезвоживания и выявления признаков токсико-инфекционного шока | |
| 17. | Выполнено пациентам с симптоматикой гемоколита молекулярно-биологическое исследование (при возможности лаборатории) кала на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.), EIEC (энтероинвазивные E coli), EHEC (энтерогеморрагические E coli) и на патогенные кампилобактерии (Campylobacter jejuni/coli) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено при возможности лаборатории проведение исследований на определение антибиотикорезистентности молекулярно-биологическими методами амплификации нуклеиновых кислот с определением генов антибиотикорезистентности в культуре микроорганизмови (или) в биологическом материале от пациента | Да/Нет |
| 19. | Выполнено при отрицательных результатах бактериологических и молекулярно-биологических исследований на шигеллы определение уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (Shigella boydii), к шигелле дизентерии (Shigella dysenteriae), к шигелле Зонне (Shigella sonnei), к шигелле Флекснера (Shigella flexneri) в крови | Да/Нет |
| 20. | Выполнена патогенетическая терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 21. | Выполнена контрольная ректороманоскопия (пациентам из декретированной группы по окончании лечения антимикробными лекарственными препаратами) | Да/Нет |
| 22. | Выполнена выписка после исчезновения клинических симптомов и микробиологического (культурального) исследования кала/ректального мазка на микроорганизмы рода шигелла (Shigella spp.) | Да/Нет |

**1.60. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при кори (код по МКБ-10: B05.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение антител IgM к вирусу кори (Measles virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение антител IgG к вирусу кори (Measles virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |

**1.61. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кори (код по МКБ-10: B05.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено качественное определение РНК вируса кори (Measles morbillivirus) в мазке слизистой носоглотки методом полимеразной | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | цепной реакции с обратной транскрипцией | |
| 2. | Выполнено определение антител IgM к вирусу кори (Measles virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение антител IgG к вирусу кори (Measles virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (пациентам с признаками поражения легочной ткани) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |

**1.62. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сепсисе (коды по МКБ-10: A40, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9, B37.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи | Да/Нет |

**1.63. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сепсисе (коды по МКБ-10: A40, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9, B37.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена ежедневная оценка состояния по шкале qSOFA при нахождении пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое исследование биологического материала из очага инфекции и (или) крови с определением чувствительности возбудителя к антимикробным лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, исследование общего билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование С-реактивного белка в крови, исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены необходимые хирургические вмешательства для санации и контроля очага инфекции, если он подвержен хирургическому контролю | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение антимикробных лекарственных препаратов не позднее 3 часов от момента установления диагноза сепсис и (или) не позднее 1 часа от момента установления диагноза септический шок | Да/Нет |
| 6. | Выполнена инфузия растворов электролитов при сепсисе со стойкой | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | гипотензией в течение 3 часов с момента перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии в стартовом объеме до 30 мл/кг массы тела | |
| 7. | Выполнено введение норэпинефрина, внутривенно капельно (или с помощью дозатора) в начальной дозе от 0,1 до 0,3 мкг/кг в минуту с последующим пошаговым увеличением дозы и скорости до достижения уровня среднего артериального давления не ниже 65 мм рт. ст. при развитии гипоперфузии, не связанной с гиповолемией | Да/Нет |
| 8. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка состояния по шкале qSOFA в профильном отделении при подозрении на сепсис | Да/Нет |
| 10. | Выполнена антимикробная терапия при выявлении полирезистентных бактерий и грибов | Да/Нет |
| 11. | Выполнено микробиологическое исследование биологического материала из очага инфекции и (или) крови с определением чувствительности возбудителя к антимикробным лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование молочной кислоты (лактата) в крови в отделении реанимации и интенсивной терапии при подозрении на септический шок | Да/Нет |

**1.64. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при воспалительных поражениях позвоночника (коды по МКБ-10: A18.0, A23, B67.2, B67.6, M46.1, M46.2, M46.3, M46.4, M46.5, M46.8, M46.9, M49.0, M49.2, M49.3, M86.3, Y83.8, Y83.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим лекарственным препаратам (в случае его выделения) | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами на срок не менее 6 недель с момента начала лечения | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография позвоночника, вертикальная (обзорная в 2 проекциях) и (или) компьютерная томография позвоночника (один отдел) | Да/Нет |

**1.65. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при воспалительных поражениях позвоночника (коды по МКБ-10: A18.0, A23, B67.2, B67.6, M46.1,**

**M46.2, M46.3, M46.4, M46.5, M46.8, M46.9, M49.0, M49.2, M49.3, M86.3, Y83.8, Y83.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование биопсийного (операционного) материала на стерильность (культуральное) и (или) молекулярно-биологическое (полимеразная цепная реакция) исследование | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое (морфологическое) исследование материала, полученного при инвазивной манипуляции - биопсии или операции (прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим лекарственным препаратам (в случае его выделения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами с момента постановки диагноза инфекционного спондилита | Да/Нет |
| 7. | Выполнена коррекция антибактериальной терапии (в случае, если требуется после получения результатов исследования лекарственной чувствительности возбудителя) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена рентгенография позвоночника, вертикальная (обзорная в 2 проекциях) и (или) компьютерная томография позвоночника (один отдел) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) у пациентов с неврологическим дефицитом | Да/Нет |

**1.66. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром гепатите В (код по МКБ-10: В16) (с печеночной комой)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена консультация врача-инфекциониста | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным введением гепатотропного контрастного препарата (пациентам с циррозом печени) | Да/Нет |

**1.67. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите В (код по МКБ-10: В16) (с печеночной комой)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена консультация врача-инфекциониста не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом первичный (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены инфузионно-трансфузионная терапия и терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикоидов (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 5. | Выполнены качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, определение антител IgM к вирусу гепатита A (Hepatitis A virus) в крови методом иммуноферментного анализа, качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител класса M к ядерному антигену (anti-HB-core IgM) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HB-core IgG) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение e-антигена (HBeAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование общего белка в крови и исследование белковых фракций в крови методом электрофореза, и исследование натрия в крови, и исследование калия в крови (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено генотипирование групп крови по системе AB0 и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен осмотр врачом - анестезиологом-реаниматологом с оценкой степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при присоединении инфекционных бактериальных | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | осложнений и сопутствующих заболеваний (холецистит, холангит, пневмония и другие) | |
| 12. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 13. | Выполнено достижение уровня билирубина в крови 60 мкмоль/л (за исключением холестатических форм) (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено достижение уровня протромбинового индекса 70% и выше (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено достижение критериев выписки из стационара (уменьшение гепатомегалии или гепатоспленомегалии, отсутствие выпота в брюшной полости) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено определение анти-HDV IgM в крови или определение РНК вируса гепатита D в крови | Да/Нет |
| 17. | Выполнен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии неотложных состояний | Да/Нет |
| 18. | Выполнен перевод из отделения реанимации и интенсивной терапии в инфекционное отделение при улучшении сознания по шкале Глазго для дальнейшего лечения | Да/Нет |
| 19. | Выполнено качественное определение ДНК HBV (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, качественное определение РНК вируса гепатита C (Hepatitis C virus) в крови методом полимерзаной цепной реакции, качественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, определение РНК вируса гепатита A (Hepatitis A virus) в крови методом полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |

**1.68. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром гепатите А (код по МКБ-10: В15) (с печеночной комой)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом первичный (пациентам с признаками печеночной комы) (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование электролитов (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | системы гемостаза) (не позднее 3 часов от момента поступления в стационар) | |
| 4. | Выполнено определение методом иммуноферментного анализа в крови anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBcor IgM, суммарных антител к вирусу гепатита С | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнена инфузионно-трансфузионная терапия (не позднее 30 минут от момента поступления в стационар) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при присоединении инфекционных бактериальных осложнений и сопутствующих заболеваний (холецистит, холангит, пневмония и другие) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено достижение улучшения сознания по шкале Глазго (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено достижение уровня билирубина в крови 60 мкмоль/л (за исключением холестатических форм) (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено достижение уровня протромбинового индекса 70% и выше, снижение активности аланинаминотрансферазы в крови менее 150 Ед/л (критерий выписки из стационара) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена выписка из стационара при уменьшении гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствии выпота в брюшной полости | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 13. | Выполнен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии неотложных состояний | Да/Нет |
| 14. | Выполнен осмотр (консультация) врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 15. | Выполнены определение РНК вируса гепатита А (Hepatitis A virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, качественное определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, качественное определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 16. | Выполнены генотипирование групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) | Да/Нет |

**1.69. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при хроническом вирусном гепатите С (код по МКБ-10: B18.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнены качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (при диагностике) и определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции (при планировании лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование белковых фракций в крови методом электрофореза (либо исследование общего белка в крови и исследование альбумина в крови), базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (в зависимости от степени активности заболевания) (1 раз в 6 - 12 месяцев) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, или количественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (у пациентов, не прошедших курс противовирусной терапии) (1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнена неинвазивная диагностика фиброза печени: эластометрия печени (транзиентная ультразвуковая эластометрия) или динамическая эластография ультразвуковой сдвиговой волны, или компрессионная (статическая) эластография в режиме реального времени, или исследование активности воспаления в ткани печени и фиброза на основе комплекса сывороточных биомаркеров | Да/Нет |

**1.70. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при хроническом вирусном гепатите С (код по МКБ-10: B18.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнены качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | транскрипцией (при диагностике) и определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции (при планировании лечения) | |
| 3. | Выполнены исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование белковых фракций в крови методом электрофореза (либо исследование общего белка в крови и исследование альбумина в крови), базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (в зависимости от степени активности заболевания) (1 раз в 6 - 12 месяцев) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией или количественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (у пациентов, не прошедших курс противовирусной терапии) (1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнена неинвазивная диагностика фиброза печени: эластометрия печени (транзиентная ультразвуковая эластометрия) или динамическая эластография ультразвуковой сдвиговой волны, или компрессионная (статическая) эластография в режиме реального времени, или исследование активности воспаления в ткани печени и фиброза на основе комплекса сывороточных биомаркеров | Да/Нет |
| 7. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией или количественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени через 12 недель после окончания курса терапии | Да/Нет |

**2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ**

**2.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях губы (код по МКБ-10: C00)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов) | |
| 4. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях губы (код по МКБ-10: C00)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей губы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей лимфатического узла (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки и (или) рентгенография грудной клетки прицельная (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |

**2.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке ротоглотки (коды по МКБ-10: C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09, C10, D37.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена ларингоскопия прямая | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке ротоглотки (коды по МКБ-10: C01, C02.4, C05.1, C05.2, C09, C10, D37.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена ларингоскопия прямая (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей верхних дыхательных путей, и (или) цитологическое исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей лимфатического узла (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки или компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 6. | Выполнено определение ДНК вируса папилломы человека 16, 18 типов (Human papilloma virus 16, 18) в биопсийном (операционном) материале или пунктате методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |

**2.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях полости рта (коды по МКБ-10: C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.8, C02.9, C03, C04, C05.0, C06)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование языка и мягких тканей полости рта | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки или рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях полости рта (коды по МКБ-10: C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.8, C02.9, C03, C04, C05.0, C06)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей полости рта и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей полости рта | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей лимфатического узла (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование языка и мягких тканей полости рта (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки или рентгенография грудной клетки прицельная (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными радиофармпрепаратами с флудезоксиглюкозой (18F) (при установленной стадии T1 - T2 >= N1) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена радикальная шейная лимфодиссекция при N1, N2a-b, N3 | Да/Нет |
| 11. | Выполнена селективная шейная лимфодиссекция (минимально уровни 1 - 3) при N0 и глубине инвазии опухоли > 4 мм | Да/Нет |

**2.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных опухолях слюнных желез (коды по МКБ-10: C06.9, C07, C08)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных опухолях слюнных желез (коды по МКБ-10: C06.9, C07, C08)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата слюнной железы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей лимфатического узла (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при подозрении распространения опухоли на нижнюю челюсть и (или) на верхнюю челюсть, и (или) на основание черепа) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |

**2.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при опухолях слюнных желез (коды по МКБ-10: C07, C08, C06.9, D10.3, D11)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез и ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов шеи (одна анатомическая зона) | Да/Нет |

**2.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при опухолях слюнных желез (коды по МКБ-10: C07, C08, C06.9, D10.3, D11)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены магнитно-резонансная томография мягких тканей головы и магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (всем пациентам с подозрением на злокачественное образование слюнных желез и при подозрении на поражение основания черепа, при периневральном росте (поражение черепно-мозговых нервов), интракраниальном распространении, рецидиве или продолженном росте) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки всем пациентам с подозрением на злокачественное образование слюнных желез | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение (с интраоперационным использованием нейрофизиологического мониторинга лицевого нерва у пациентов с вероятным вовлечением ветвей лицевого нерва) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей слюнной железы с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 5. | Выполнены тонкоигольная или толстоигольная аспирационная (пункционная) биопсия слюнной железы чрескожным доступом и (или) тонкоигольная или толстоигольная аспирационная (пункционная) биопсия лимфатического узла чрескожным доступом (измененных регионарных лимфоузлов) с последующим цитологическим исследованием микропрепарата тканей лимфатического узла (при установлении диагноза) или референс гистологического материала при продолженном росте или рецидиве заболевания | Да/Нет |
| 6. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено проведение онкологического консилиума при необходимости проведения лучевой терапии или лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами | Да/Нет |

**2.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке носоглотки (код по МКБ-10: C11)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена риноскопия | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке носоглотки (код по МКБ-10: С11)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей верхних дыхательных путей, и (или) цитологическое исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей лимфатического узла (при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена фарингоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное или определение антител IgM к вирусу Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови и определение антител IgG к вирусу Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с флудезоксигулюкозой (18F) при подозрении на диссеминированный процесс | Да/Нет |
| 10. | Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с флудезоксигулюкозой (18F) после лучевой терапии или химиолучевой терапии для оценки степени резорбции регионарных метастазов | Да/Нет |

**2.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при раке носоглотки (код по МКБ-10: С11)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена биопсия носоглотки эндоскопическим доступом и (или) биопсия измененного шейного лимфатического узла (биопсия лимфатического узла) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 6. | Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей головы с внутривенным контрастированием и магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены визуальный осмотр, измерение длины тела, измерение массы тела, пальпация живота, аускультация сердца и аускультация легких пациенту с подозрением на рак носоглотки при постановке | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | диагноза, а также пациенту с установленным диагнозом рак носоглотки для оценки эффективности лечения, обследование на этапе контроля эффективности лечения и при каждом последующем приеме | |
| 8. | Выполнены определение антител к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови, определение антител IgG к раннему антигену (EA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови, определение антител IgG к нуклеарному антигену (NA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови пациенту с подозрением на рак носоглотки | Да/Нет |
| 9. | Выполнены биопсия носоглотки эндоскопическим доступом и (или) биопсия измененного шейного лимфатического узла (биопсия лимфатического узла открытым доступом) и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов пациенту с подозрением на рак носоглотки | Да/Нет |

**2.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке гортаноглотки (коды по МКБ-10: C12, C13)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена ларингоскопия прямая (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке гортаноглотки (коды по МКБ-10: C12, C13)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования, при отсутствии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских противопоказаний) | |
| 2. | Выполнена компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена ларингоскопия прямая (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей верхних дыхательных путей | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей лимфатического узла | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |

**2.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке пищевода и кардии (коды по МКБ-10: С15, С16.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биопсия желудка эндоскопическим доступом и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) пищевода с пероральным контрастированием (при определении распространенности опухолевого процесса и оценке пассажа через зону опухолевого роста при недостаточности данных | Да/нет |

| | | |
|---|---|---|
| | эзофагогастродуоденоскопии) | |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (шейных и надключичных лимфатических узлов) | Да/Нет |

**2.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке пищевода и кардии (коды по МКБ-10: С15, С16.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления HER2/neu и (или) определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции с фрагментным анализом или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительных иммуногистохимических методов выявления комплекса маркеров микросателлитной нестабильности (MSH2, MSH6, PMS2, MLH1) (при планировании предоперационной или паллиативной химиотерапии при аденокарциноме, при отсутствии проведения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления PD-L1 (при планировании паллиативной химиотерапии при аденокарциноме или плоскоклеточном раке, при отсутствии проведения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления HER2/neu и (или) определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции с фрагментным анализом или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительных иммуногистохимических методов выявления комплекса маркеров микросателлитной нестабильности (MSH2, MSH6, PMS2, MLH1) (при планировании предоперационной или паллиативной химиотерапии при аденокарциноме, при отсутствии проведения на предыдущем этапе) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием и компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии на предыдущем этапе и (или) неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена бронхоскопия при опухолях пищевода, расположенных на уровне или выше бифуркации трахеи или метастатическом поражении лимфатических узлов области бифуркации трахеи и паратрахеальной зоны для исключения инвазии в трахео-бронхиальное дерево | Да/Нет |
| 7. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гастроинтестинальных стромальных опухолях (коды по МКБ-10: C15 - C20, C48)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия и (или) колоноскопия (тотальная) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и (или) ультразвуковое исследование матки и придатков, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гастроинтестинальных стромальных опухолях (коды по МКБ-10: C15 - C20, C48)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием (для оценки распространенности опухолевого процесса, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления c-KIT и молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене PDGFRA (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено достижение отсутствия осложнений в раннем послеоперационном периоде (у пациентов, которым выполнено хирургическое лечение) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка риска прогрессирования болезни после хирургического лечения у пациентов с резектабельными гастроинтестинальными стромальными опухолями | Да/Нет |

**2.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нейроэндокринных опухолях (коды по МКБ-10: C15, C16, C17, C18, C19.9, C20.9, C21, C23, C24, C25, C26, C34, C37.9, C73.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 2. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены эзофагогастродуоденоскопия, и (или) ультразвуковое исследование желудка эндоскопическое (при малых размерах или ранней форме заболевания), и (или) ультразвуковое исследование двенадцатиперстной кишки эндоскопическое (при малых размерах или ранней форме заболевания), и (или) колоноскопия (при локализации нейроэндокринной опухоли в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишки, ободочной или прямой кишке, при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена бронхоскопия (при внутрипросветных образованиях трахеи и бронхов, при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена сцинтиграфия костей скелета (при подозрении на метастатическое поражение костей) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена биопсия нейроэндокринной опухоли (в зависимости от локализации соответствующим способом) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при наличии технической возможности) | |
| 9. | Выполнено исследование биохимических маркеров нейроэндокринных опухолей (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**2.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нейроэндокринных опухолях (коды по МКБ-10: C15, C16, C17, C18, C19.9, C20.9, C21, C23, C24, C25, C26, C34, C37.9, C73.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, и (или) позитронно-эмиссионная томография головного мозга, совмещенная с компьютерной томографией (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке желудка (код по МКБ-10: C16)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биопсия желудка эндоскопическим доступом и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование лимфатических узлов шейных и надключичных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |

**2.23. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке желудка (код по МКБ-10: C16)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при установлении диагноза) | |
| 2. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии на предыдущем этапе и (или) неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, или магнитно-резонансная томография малого таза, или ультразвуковое исследование матки и придатков (при отсутствии на предыдущем этапе и (или) неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/нет |
| 4. | Выполнена лапароскопия диагностическая (при cT3-T4N0 и (или) TлюбоеN1-3) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитологическое исследование перитонеальной жидкости (после выполнения лапароскопии диагностической) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (после выполнения лапароскопии диагностической) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления HER2/neu или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода флуоресцентной гибридизации in situ (FISH), для определения амплификации гена HER2/neu (при планировании предоперационной или паллиативной химиотерапии) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции с фрагментным анализом или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительных иммуногистохимических методов выявления комплекса маркеров микросателлитной нестабильности (MSH2, MSH6, PMS2, MLH1) (при местно-распространенной неоперабельной или диссеминированной аденокарциноме) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления PD-L1 (при местно-распространенной неоперабельной или | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | диссеминированной аденокарциноме) | |
| 11. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с указанием в заключении числа удаленных лимфоузлов, числа исследованных лимфоузлов, числа лимфоузлов, пораженных метастазами, вовлечения или невовлечения в процесс серозной оболочки, висцеральной брюшины | Да/Нет |
| 12. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом лечении | Да/Нет |
| 13. | Выполнена тромбопрофилактика послеоперационных осложнений (при отсутствии медицинских противопоказаний к ее проведению всем пациентам после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 14. | Выполнена полноценная противорвотная профилактика в ходе лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами или лучевой терапии | Да/Нет |
| 15. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный перед началом курса лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами и (или) лучевой терапии | Да/Нет |
| 16. | Выполнена профилактика осложнений вследствие лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 17. | Выполнена оценка эффективности лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами каждые 6 - 8 недель в процессе лечения | Да/Нет |

**2.24. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях ободочной кишки (коды по МКБ-10: С18, С19)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены колоноскопия (тотальная), и (или) рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) ободочной кишки и прямой кишки с ретроградным контрастированием - ирригоскопия, и (или) компьютерная томография ободочной кишки и прямой кишки с ретроградным контрастированием - виртуальная компьютерно-томографическая колоноскопия (при невозможности проведения тотальной колоноскопии до хирургического вмешательства и (или) в течение 3 месяцев после хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренного хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**2.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях ободочной кишки (коды по МКБ-10: C18, C19)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены колоноскопия (тотальная), и (или) рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) ободочной кишки и прямой кишки с ретроградным контрастированием - ирригоскопия, и (или) компьютерная томография ободочной кишки и прямой кишки с ретроградным контрастированием - виртуальная компьютерно-томографическая колоноскопия (при невозможности проведения тотальной колоноскопии до хирургического лечения и (или) в течение 3 месяцев после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование ракового эмбрионального антигена в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение мутаций в гене KRAS в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при метастатической болезни) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение мутаций в гене NRAS в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при метастатической болезни) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале методом цифровой капельной полимеразной цепной реакции (при метастатической болезни) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции с фрагментным анализом или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительных иммуногистохимических методов выявления комплекса маркеров микросателлитной нестабильности (MSH2, MSH6, PMS2, MLH1) (при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | метастатической болезни или при II стадии) | |
| 10. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления HER2/neu (при отсутствии мутаций в генах KRAS, NRAS, BRAF) | Да/Нет |
| 11. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) симптоматическое лечение, и (или) диагностические исследования (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка факторов риска прогрессирования у пациентов со II стадией заболевания | Да/Нет |
| 13. | Выполнено назначение определения микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции с фрагментным анализом при II стадии болезни | Да/Нет |
| 14. | Выполнена консультация врача-хирурга, специализирующегося на хирургии печени, перед началом 1-го курса химиотерапии (если пациенту показано проведение химиотерапии и (или) таргетной терапии при поражении метастазами только печени) | Да/Нет |
| 15. | Выполнены инфузии фторурацила через центральный венозный доступ (если пациенту проводится 46-часовая внутривенная инфузия фторурацила) | Да/Нет |
| 16. | Выполнен 1-й курс адъювантной химиотерапии не позднее 60 календарных дней с момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено исследование ракового эмбрионального антигена в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.26. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке прямой кишки (код по МКБ-10: C20)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный (трансректальное пальцевое исследование) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены колоноскопия (тотальная), и (или) рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) ободочной кишки и прямой кишки с ретроградным контрастированием - ирригоскопия, и (или) компьютерная томография ободочной кишки и прямой кишки с ретроградным контрастированием - виртуальная компьютерно- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | томографическая колоноскопия (при невозможности проведения тотальной колоноскопии до хирургического лечения и (или) в течение 3 месяцев после хирургического лечения) | |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренного хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование ракового эмбрионального антигена в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение мутаций в гене KRAS в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при метастатической болезни) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение мутаций в гене NRAS в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при метастатической болезни) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале методом цифровой капельной полимеразной цепной реакции (при метастатической болезни) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение микросателлитной нестабильности в биопсийном (операционном) материале методом полимеразной цепной реакции с фрагментным анализом (при метастатической болезни или при II стадии) | Да/Нет |

**2.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке прямой кишки (код по МКБ-10: C20)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия, и (или) симптоматическое лечение, и (или) диагностические исследования (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врача-онколога, имеющего опыт выполнения резекций печени, перед началом 1-го курса химиотерапии в случае если пациенту показано проведение химиотерапии и (или) таргетной терапии и при поражении метастазами только печени | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено назначение обследования перед хирургическим лечением в соответствии с рекомендациями | Да/Нет |
| 4. | Выполнена предоперационная лучевая терапия или химиолучевая терапия пациентам с раком прямой кишки со стадией cT3-4N0-2M0 или cT2N1-2M0 и локализацией опухоли до 5 см от переходной анальной складки включительно | Да/Нет |
| 5. | Выполнено дозиметрическое планирование лучевой терапии | Да/Нет |

**2.28. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при плоскоклеточном раке анального канала, анального края, перианальной кожи (коды по МКБ-10: C21, C44.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-онколога первичный и трансректальное пальцевое исследование (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренного хирургического вмешательства) | Да/Нет |

**2.29. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке анального канала, анального края, перианальной кожи (коды по МКБ-10: C21, C44.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия, и (или) симптоматическое лечение, и (или) диагностические вмешательства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена химиолучевая терапия в суммарной очаговой дозе не менее 48 Гр пациентам с раком анального канала стадии T1-2N0-2M0, за исключением случаев экстренного хирургического лечения по поводу острого кровотечения | Да/Нет |
| 3. | Выполнена химиолучевая терапия в суммарной очаговой дозе не менее 54 Гр пациентам с раком анального канала стадии T3-4N0-2M0, за исключением случаев экстренного хирургического лечения по поводу | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | острого кровотечения | |
| 4. | Выполнено принятие решения о проведении хирургического лечения по поводу рецидива или продолженного роста опухоли не раньше 26 недель после завершения химиолучевой терапии, за исключением случаев задокументированного прогрессирования опухолевого процесса | Да/Нет |
| 5. | Выполнено достижение отсутствия запланированных перерывов в курсе химиолучевой терапии (за исключением осложнений не ниже III степени по шкале RTOG или NCI-CTCAE) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка осложнений химиолучевой терапии по шкалам RTOG и (или) NCI-CTCAE (если проводилась химиолучевая терапия) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено облучение с включением паховых лимфатических узлов (если проводилась химиолучевая терапия) | Да/Нет |

**2.30. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке печени (гепатоцеллюлярном) (код по МКБ-10: C22.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с введением гепатотропного контрастного препарата (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |

**2.31. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке печени (гепатоцеллюлярном) (код по МКБ-10: C22.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с введением гепатотропного контрастного препарата (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза и (или) при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови (при установлении диагноза, динамическом наблюдении и для контроля эффективности лечения) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение стадия опухолевого процесса до начала противоопухолевого лечения (по классификациям TNM, AJCC и BCLC) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение класса цирроза печени по классификации Child - Pugh на основании соответствующего клинико-лабораторного обследования при первичной диагностике, динамическом наблюдении за пациентом, до, после и в процессе проведения консервативного лечения | Да/Нет |
| 9. | Выполнена консультация врача-онколога при противопоказаниях к локальному лечению (при компенсированной функции печени) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (у пациентов, перенесших хирургическое лечение) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена системная терапия 1-й линии рака печени стадии BCLCA/B/C с учетом медицинских показаний и противопоказаний | Да/Нет |
| 12. | Выполнена системная терапия 1-й линии рака печени стадии BCLCA/B/C с учетом медицинских показаний и противопоказаний | Да/Нет |
| 13. | Выполнена трансартериальная (химио-) эмболизация при локализованном внутрипеченочном процессе стадии BCLCA/B | Да/Нет |
| 14. | Выполнена системная терапия второй и последующих линии рака печени стадии BCLCA/B/C с учетом медицинских показаний и противопоказаний | Да/Нет |

**2.32. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при раке желчевыводящей системы (коды по МКБ-10: C22, C23, C24.0, C24.8, C24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | холангиопанкреатография (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |

**2.33. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при раке желчевыводящей системы (коды по МКБ-10: C22, C23, C24.0, C24.8, C24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная холангиопанкреатография (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при проведении биопсии и (или) при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен осмотр пациента врачом-онкологом | Да/Нет |
| 7. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет |
| 8. | Выполнены ультразвуковое исследование брюшной полости и компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и магнитно-резонансная холангиопанкреатография | Да/Нет |
| 9. | Выполнена предоперационная декомпрессия желчевыводящих путей (холангиостомия чрескожным чреспеченочным доступом, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | назобилиарное дренирование эндоскопическим доступом, стентирование) при механической желтухе | |

**2.34. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гепатобластоме (коды по МКБ-10: C22.2, D13.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства при установлении диагноза | Да/Нет |

**2.35. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гепатобластоме (коды по МКБ-10: C22.2, D13.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза) (не обязательно у пациентов в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с повышенными значениями альфа-фетопротеина в крови) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием при установлении диагноза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием при установлении диагноза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства при установлении диагноза | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови при установлении диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови перед началом каждого курса химиотерапии | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный перед началом каждого курса химиотерапии | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в крови перед каждым курсом полихимиотерапии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнено введение химиотерапевтических препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м2/сутки у детей с массой тела более 10 кг (при внутривенной полихимиотерапии) | Да/Нет |

**2.36. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при саркомах мягких тканей (коды по МКБ-10: C22.4, C48.0, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C76.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.37. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при саркомах мягких тканей (коды по МКБ-10: C22.4, C48.0, C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C76.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены биопсия первичной опухоли и (или) метастатического очага и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография и (или) магнитно-резонансная томография пораженной области с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки или компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование почек (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, и исследование глюкозы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови (перед началом каждого курса химиотерапии) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (перед началом каждого курса химиотерапии) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.38. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке поджелудочной железы (коды по МКБ-10: C25, D37.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.39. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке поджелудочной железы (коды по МКБ-10: C25, D37.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование раковоассоциированного антигена CA19-9 в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | крови (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе) | |
| 4. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при проведении биопсии и (или) при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений противомикробными лекарственными препаратами системного действия при хирургическом лечении (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием при неметастатическом раке поджелудочной железы | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

**2.40. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке полости носа и придаточных пазух (коды по МКБ-10: С30, С31)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при наличии поражения регионарных лимфатических узлов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке полости носа и придаточных пазух (коды по МКБ-10: С30, С31)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при наличии поражения регионарных лимфатических узлов, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей верхних дыхательных путей | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей лимфатического узла | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |

**2.42. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке гортани (коды по МКБ-10: C32, D38.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена ларингоскопия прямая | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке гортани (коды по МКБ-10: C32, D38.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена ларингоскопия прямая (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при распространенном раке с поражением шейных лимфоузлов, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей, и (или) цитологическое исследование отделяемого верхних дыхательных путей и отпечатков верхних дыхательных путей | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей лимфатического узла | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена профилактическая шейная лимфодиссекция при хирургическом вмешательстве при локализации опухоли в надскладочном отделе гортани | Да/Нет |

**2.44. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке трахеи (код по МКБ-10: C33)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 5. | Выполнена спирометрия (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |

**2.45. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке трахеи (код по МКБ-10: С33)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией без контрастирования (при подозрении на метастазы) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена бронхоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены биопсия трахеи эндоскопическим доступом и биопсия бронхов эндоскопическим доступом (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный, не более чем за 5 календарных дней до начала курса химиотерапии и (или) лучевой терапии | Да/Нет |

**2.46. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественном новообразовании бронхов и легкого (код по МКБ-10: С34)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |

**2.47. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании бронхов и легкого (код по МКБ-10: С34)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) неинформативности ранее проведенных иных исследований) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными радиофармпрепаратами (при подозрении на метастазы) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 6. | Выполнены определение мутаций в гене EGFR в биопсийном (операционном) материале и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) для определения перестроек гена ALK (при неплоскоклеточном немелкоклеточном раке легкого, после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены определение мутаций в гене EGFR в биопсийном (операционном) материале и (или) прижизненное патолого- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода флуоресцентной гибридизации in situ (FISH), для определения перестроек гена ALK, и (или) определение мутаций в гене BRAF в биопсийном (операционном) материале методом цифровой капельной полимеразной цепной реакции, и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления ROS1 (при неплоскоклеточном немелкоклеточном раке легкого, без хирургического лечения) | |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления PD-L1 (при отрицательных или неизвестных данных о наличии мутаций EGFR, BRAF или транслокаций ALK, ROS1, при неплоскоклеточном и плоскоклеточном немелкоклеточном раке) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена сцинтиграфия костей скелета (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена бронхоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 12. | Выполнены неоадъювантное и (или) адъювантное лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами пациента с IIIa стадией | Да/Нет |
| 13. | Выполнена химиолучевая терапия у неоперабельного пациента с III стадией | Да/Нет |
| 14. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 15. | Выполнена паллиативная и симптоматическая терапия | Да/Нет |

**2.48. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при опухолях средостения (коды по МКБ-10: C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, D38.3, D38.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови и определение активности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза, при опухоли переднего средостения) | |

**2.49. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при опухолях средостения (коды по МКБ-10: C37, C38.0, C38.1, C38.2, C38.3, C38.4, C38.8, D38.3, D38.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при неинформативности ранее проведенных иных исследований) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 4. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.50. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при герминогенных опухолях у мужчин (коды по МКБ-10: C38.1, C38.2, C38.3, C38.8, C48.0, C48.8, C62.0, C62.1, C62.9, D40.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови (при установлении диагноза и (или) в течение 7 - 14 календарных дней после хирургического лечения, и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза и (или) в течение 7 - 14 календарных дней после хирургического лечения, и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских противопоказаний) | |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.51. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при герминогенных опухолях у мужчин (коды по МКБ-10: C38.1, C38.2, C38.3, C38.8, C48.0, C48.8, C62.0, C62.1, C62.9, D40.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови (при установлении диагноза и (или) в течение 7 - 14 календарных дней после хирургического лечения, и (или) перед каждым курсом химиотерапии, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза и (или) в течение 7 - 14 календарных дней после хирургического вмешательства и (или) перед каждым курсом лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием или компьютерная томография | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | головного мозга с внутривенным контрастированием (при наличии неврологической симптоматики и (или) при уровне хорионического гонадотропина свыше 50 000 мМЕ/мл, и (или) при множественных метастазах в легких) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 8. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с заключением о наличии или отсутствии сосудистой инвазии, прорастании в сеть яичка при I стадии | Да/Нет |
| 10. | Выполнено начало адъювантной химиотерапии в течение 6 недель после орхифуникулэктомии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено информирование пациента о возможности криоконсервации гамет до начала химиотерапии | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка прогностической группы по IGCCCG перед началом химиотерапии 1-й линии в случае распространенного опухолевого процесса | Да/Нет |
| 13. | Выполнены все курсы химиотерапии 1-й линии в срок, без задержек (начало очередного курса не позднее 22-ого календарного дня с дня начала предыдущего курса химиотерапии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнены курсы химиотерапии без необоснованных редукций доз лекарственных препаратов | Да/Нет |
| 15. | Выполнено хирургическое удаление резидуальной опухоли при несеминоме | Да/Нет |

**2.52. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при экстракраниальных герминогенно-клеточных опухолях (коды по МКБ-10: C38.1, C48.0, C49.0, C49.5, C49.9, C56, C62, C62.0, C62.1, C62.9, D15, D20, D21, D28, D29, D36)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови (перед каждым курсом полихимиотерапии) | Да/Нет |

**2.53. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при экстракраниальных герминогенно-клеточных опухолях (коды по МКБ-10: C38.1, C48.0, C49.0, C49.5, C49.9, C56, C62, C62.0, C62.1, C62.9, D15, D20, D21, D28, D29, D36)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови и исследование альфа-фетопротеина в крови (пациентам до хирургического вмешательства, в том числе до биопсии), а также в случае "секретирующих опухолей" перед каждым этапом лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови (перед каждым курсом полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки или компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием, или компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, или магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием, или магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врачом - детским онкологом первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование первичного опухолевого очага (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование связанного с беременностью плазменного протеина A (PAPP-A) в крови методом иммуноферментного анализа (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено удаление опухоли средостения или яичника, или яичников, или яичка, или яичек, или крестцово-копчиковой области без | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | повреждения капсулы опухоли (при радикальном хирургическом лечении) | |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков, ультразвуковое исследование органов и брюшной полости и ультразвуковое исследование первичного опухолевого очага перед началом каждого курса полихимиотерапии | Да/Нет |

**2.54. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при саркомах костей (коды по МКБ-10: С40, С41)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биопсия кости открытым доступом | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.55. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при саркомах костей (коды по МКБ-10: С40, С41)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов грудной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биопсия кости открытым доступом | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены предоперационная химиотерапия и (или) лучевая терапия | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение с обязательным указанием объема удаленных тканей, маркировки краев, отступов, удаленных жизненно важных структур, метода закрытия раны | Да/Нет |

**2.56. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей: остеосаркома, саркома Юинга (коды по МКБ-10: D48.0, C40, C41)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография области первичного очага с захватом двух смежных суставов в двух проекциях всем пациентам с подозрением на злокачественное новообразование кости | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аланинаминорансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлоридов в крови, исследование кальция в крови | Да/Нет |

**2.57. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей: остеосаркома, саркома Юинга (коды по МКБ-10: D48.0, C40, C41)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография области первичного очага с захватом двух смежных суставов в двух проекциях всем пациентам с подозрением на злокачественное новообразование кости | Да/Нет |
| 2. | Выполнено МРТ пораженной области с контрастным усилением всем пациентам с подозрением на злокачественное новообразование кости или верифицированным злокачественным новообразованием кости при первичном обследовании, при оценке ответа на проведенную терапию в процессе лечения и в динамическом наблюдении, а также при подозрении на рецидив заболевания (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены биопсия кости (объемного образования) и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических и, при необходимости, цитогенетических методов (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием всем пациентам с подозрением на злокачественное новообразование кости или выявленным злокачественным новообразованием кости при первичном обследовании, при оценке ответа на проведенную терапию в процессе лечения и в динамическом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | наблюдении, а также при подозрении на рецидив заболевания (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнены определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аланинаминорансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлоридов в крови, исследование кальция в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография пораженной области внутривенным контрастированием всем пациентам с подозрением на злокачественное новообразование кости или верифицированным злокачественным новообразованием кости при первичном обследовании, при оценке ответа на проведенную терапию в процессе лечения и в динамическом наблюдении, а также при подозрении на рецидив заболевания (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией всем пациентам с подозрением на злокачественное новообразование кости или выявленным злокачественным новообразованием кости при первичном обследовании, при оценке ответа на проведенную терапию в процессе лечения и в динамическом наблюдении, а также при подозрении на рецидив заболевания | Да/Нет |
| 9. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) всем пациентам с подозрением на саркому Юинга или другую недифференцированную мелкокруглоклеточную саркому кости (при установлении диагноза, в процессе терапии (при подтверждении поражения костного мозга) и после окончания лечения перед снятием с терапии | Да/Нет |
| 10. | Выполнена предоперационная полихимиотерапия (пациентам с установленным диагнозом остеосаркома, саркома Юинга и другими недифференцированными мелкокруглоклеточными саркомами костей) | Да/Нет |
| 11. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.58. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при меланоме кожи и слизистых оболочек (коды по МКБ-10: C43, C51, C60.9, C63.2, C69.0, C00 - C26, C30 - C32, C51, C52, C53, C77, C78, C79, D03.0 - D03.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при стадиях IIA - IV или эквиваленте) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (при стадиях IIA - IV или эквиваленте) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при стадиях IIA - IV или эквиваленте) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при III или IV стадии или эквиваленте) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (до начала специализированного лечения, за исключением случаев явной клинической картины меланомы кожи и слизистых оболочек и случаев экстренного хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления V600E в белке BRAF (при III и (или) IV стадий или эквиваленте, при отсутствии проведения исследования ранее) | Да/Нет |
| 8. | Назначено лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (при IIB - IV стадии или эквиваленте) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.59. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при меланоме кожи и слизистых оболочек (коды по МКБ-10: C43, C51, C60.9, C63.2, C69.0, C00 - C26, C30 - C32, C51, C52, C53, C77, C78, C79, D03.0 - D03.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе, либо неинформативности исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе, либо неинформативности исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование матки и придатков, и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе, либо неинформативности исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение иссечения новообразований мягких тканей (с определением "сторожевого" лимфатического узла) (или без иссечения новообразования мягких тканей в случае, если было выполнено ранее) (при меланоме кожи, при толщине по Бреслоу 0,8 мм и более) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при III или IV стадии или эквиваленте, при отсутствии проведения на предыдущем этапе, либо неинформативности исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (до начала лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами и (или) лучевой терапии, за исключением случаев явной клинической картины меланомы кожи и слизистых оболочек и случаев экстренного хирургического лечения) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления V600E в белке BRAF (при III и (или) IV стадий или эквиваленте, при отсутствии проведения исследования ранее) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный (при метастатическом поражении головного мозга и при отсутствии проведения консилиума ранее с участием врача-нейрохирурга) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено назначение лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами моноклональными антителами и (или) ингибиторами протеинкиназы (при III и (или) IV стадии или эквиваленте) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (с указанием толщины первичной опухоли по Бреслоу, наличия или отсутствия изъязвления, с оценкой расстояния от всех (латеральных и глубокого) краев резекции до ближайшего края опухоли, при хирургическом лечении по поводу первичной меланомы кожи) | |
| 12. | Выполнено дозиметрическое планирование лучевой терапии | Да/Нет |
| 13. | Выполнена оценка риска прогрессирования у пациентов с I - III стадией заболевания в соответствии с классификацией AJCC/UICC TNM 8 | Да/Нет |
| 14. | Выполнено начало 1-го курса системного противоопухолевого лечения (таргетной терапии, иммунотерапии, химиотерапии) не позднее 30-го календарного дня от выявления метастатической болезни (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнен 1-ий курс адъювантной терапии не позднее 12 недель от хирургического лечения (у пациентов, которым показано проведение адъювантной терапии, при условии отсутствия послеоперационных осложнений и отсутствия противопоказаний) | Да/Нет |

**2.60. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при базальноклеточном раке кожи (код по МКБ-10: С44)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при установлении диагноза и при III и (или) IV стадии или эквиваленте) | Да/Нет |

**2.61. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при базальноклеточном раке кожи (код по МКБ-10: С44)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при установлении диагноза и при III и (или) IV стадии или эквиваленте, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием (при III и (или) IV стадии или эквиваленте, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 3. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лучевая терапия, и (или) фотодинамическая терапия, и (или) криодеструкция, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) цитологическое исследование микропрепарата кожи (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оценка факторов риска рецидива заболевания до начала специального противоопухолевого лечения | Да/Нет |
| 6. | Выполнено предложение хирургического лечения с интраоперационным морфологическим контролем всех (периферических и глубокого) краев резекции пациенту с высоким риском рецидива заболевания при отсутствии медицинских противопоказаний | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение висмодегибом при нерезектабельном или метастатическом базальноклеточном раке (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.62. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при карциноме Меркеля (код по МКБ-10: С44)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование кожи (одна анатомическая зона) и (или) ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография верхней конечности, с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием, и (или) позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными радиофармпрепаратами (с внутривенным контрастированием) (для определения распространенности процесса) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.63. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при карциноме Меркеля (код по МКБ-10: С44)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом лечении и (или) при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование кожи (одна анатомическая зона) и (или) ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) (если первичная опухоль не была удалена на этапе эксцизионной биопсии при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием, и (или) позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными радиофрампрепаратами (с внутривенным контрастированием) (для определения распространенности процесса, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.64. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при плоскоклеточном раке кожи (коды по МКБ-10: C44, D04)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза, за исключением случаев экстренной хирургии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (для определения распространенности процесса) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**2.65. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке кожи (коды по МКБ-10: C44, D04)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография верхней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности с внутривенным контрастированием (одна анатомическая область), и (или) магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (для определения распространенности процесса, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лучевая терапия, и (или) фотодинамическая терапия, и (или) криодеструкция, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении и (или) при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оценка факторов риска рецидива заболевания до начала специального противоопухолевого лечения | Да/Нет |
| 6. | Выполнено рассмотрение вариантов проведения стандартного хирургического лечения, лучевой терапии, лечения имихимодом, фотодинамической терапии, криодеструкции для пациента с низким риском рецидива заболевания | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение МКА-блокаторами PD1 пациенту с нерезектабельным или метастатическим плоскоклеточным раком (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.66. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мезотелиоме плевры, брюшины и других локализаций (коды по МКБ-10: C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.67. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мезотелиоме плевры, брюшины и других локализаций (коды по МКБ-10: C45.0, C45.1, C45.2, C45.7, C45.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена торакоскопия и биопсия плевры торакоскопическим доступом или лапароскопия диагностическая (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при проведении биопсии и (или) при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено достижение отсутствия кровотечения в раннем послеоперационном периоде (у пациентов, у которых выполнено хирургическое лечение) | Да/Нет |
| 8. | Выполнение профилактики осложнений вследствие химиотерапии | Да/Нет |

**2.68. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при нейробластоме (коды по МКБ-10: C38.2, C47.0, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C48.0, C74.1, C74.9, C76.0, C76.1, C76.2, C76.7, C76.8, D48.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови (при установлении диагноза, перед началом каждого курса химиотерапии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (при установлении диагноза, перед началом каждого курса химиотерапии) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена спиральная компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, для оценки ответа на проводимую терапию, при планировании оперативного вмешательства, после завершения специфического лечения, в процессе динамического наблюдения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и (или) компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза) (для детей первых 6 месяцев жизни с локализованным образованием в области надпочечника - при наличии показаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование ткани первичной опухоли и (или) очагов, подозрительных на метастатические и (или) морфологическое/цитологическое исследование костного мозга (при установлении диагноза) (для детей первых 6 месяцев с локализованным образованием в области надпочечника - при наличии показаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.69. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке яичников, раке маточной трубы, первичном раке брюшины (коды по МКБ-10: C48, C56, C57, D39.1, D39.7, D39.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (для установления диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (для установления диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием (для установления диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование антигена аденогенных раков СА 125 в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено назначение лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.70. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке яичников, раке маточной трубы, первичном раке брюшины (коды по МКБ-10: C48, C56, C57, D39.1, D39.7, D39.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены магнитно-резонансная томография малого таза, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование антигена аденогенных раков CA 125 в крови (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено обследование молочных желез всем женщинам при установлении диагноза | Да/Нет |
| 10. | Выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено начало курса химиотерапии, и (или) таргетной терапии, и (или) гормонотерапии при выявлении клинических симптомов прогрессирования (при наличии медицинских показаний и отсутствии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских противопоказаний) | |

**2.71. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при саркомах мягких тканей (код по МКБ-10: C49)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.72. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при саркомах мягких тканей (код по МКБ-10: C49)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена биопсия опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 3. | Выполнены магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием, и (или) позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными радиофармпрепаратами с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный (со сбором жалоб и анамнеза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены ультразвуковое исследование зоны поражения и ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов, и (или) магнитно-резонансная томография зоны поражения, и (или) компьютерная томография зоны поражения | Да/Нет |

**2.73. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке молочной железы (коды по МКБ-10: D05, C50)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены рентгенография молочной железы - маммография, и (или) ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез и ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов), и (или) магнитно-резонансная томография молочных желез | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография органов грудной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при неинформативности ультразвукового исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |

**2.74. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке молочной железы (коды по МКБ-10: D05, C50)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена биопсия новообразования молочной железы прицельная пункционная под контролем рентгенографического исследования и (или) биопсия лимфатического узла под контролем ультразвукового исследования (сторожевого лимфатического узла) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при проведении биопсии и (или) при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография молочной железы - маммография и (или) ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез и ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов), и (или) магнитно-резонансная томография молочных желез (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при неинформативности ультразвукового исследования, и (или) при отсутствии проведения на предыдущем этапе, и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов определения экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону, индекса пролиферативной активности экспрессии Ki-67, исследование белка к рецепторам HER2, или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода флуоресцентной гибридизации in situ (FISH), для определения амплификации гена HER2/neu, или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода хромогенной гибридизации in situ (CISH), для определения амплификации гена HER2/neu (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено установление стадии заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной организации здравоохранения | Да/Нет |
| 11. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов определения экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону, индекса пролиферативной активности экспрессии Ki-67, исследование белка к рецепторам HER2, или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода флуоресцентной гибридизации in situ (FISH), для определения амплификации гена HER2/neu, или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода хромогенной гибридизации in situ (CISH), для определения амплификации гена HER2/neu (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена гормональная терапия (при наличии рецепторов эстрогена и рецепторов прогестерона в опухоли и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена оценка гематологической и негематологической токсичности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | в процессе лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами | |
| 14. | Выполнена оценка эффекта каждых 2 - 4 курсов химиотерапии или каждых 2 - 6 месяцев гормонотерапии у пациентов метастатическим раком молочной железы | Да/Нет |

**2.75. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке вульвы (коды по МКБ-10: C51, D07.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (первичного очага) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов, включая паховые области) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (с оценкой регионарных лимфатических узлов) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.76. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке вульвы (коды по МКБ-10: C51, D07.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (с оценкой регионарных лимфатических узлов) (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено стадирование заболевания, в соответствии с международной классификацией FIGO и TNM | Да/Нет |

**2.77. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при злокачественных новообразованиях влагалища (коды по МКБ-10: C52, D07.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (с оценкой регионарных лимфатических узлов) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов, включая паховые области) | Да/Нет |

**2.78. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях влагалища (коды по МКБ-10: C52, D07.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза) (при условии отсутствия выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено стадирование заболевания в соответствии с международной классификацией FIGO и TNM | Да/Нет |
| 5. | Выполнена консультация врачей-специалистов по показаниям (врач-онколог, врач-радиотерапевт) после хирургического лечения для определения дальнейшей тактики лечения | Да/Нет |

**2.79. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке шейки матки (коды по МКБ-10: C53, D06)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная или компьютерная томография органов грудной полости | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (для верификации диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Назначена лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.80. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке шейки матки (коды по МКБ-10: C53, D06)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная или компьютерная томография грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) оценка, интерпретация и описание результатов прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) химиолучевая терапия, и (или) лучевая терапия, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено дозиметрическое планирование лучевой терапии | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный не более чем за 5 календарных дней до начала курса лучевой терапии и (или) химиолучевой терапии, и (или) таргетной терапии | Да/Нет |

**2.81. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке тела матки и саркомах матки (коды по МКБ-10: C54, C55, D07.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных и периферических) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.82. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке тела матки и саркомах матки (коды по МКБ-10: C54, C55, D07.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (регионарных и периферических, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при хирургическом лечении и (или) отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование антигена аденогенных раков СА 125 в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела с туморотропным радиофармпрепаратом (на диагностическом этапе при подозрении на поражение паренхиматозных органов и лимфатических узлов) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная, и (или) компьютерная томография грудной клетки, или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией всего тела с туморотропным радиофармпрепаратом (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.83. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при неэпителиальных опухолях яичников (код по МКБ-10: С56)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование ингибина В в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 4. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными радиофармпрепаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнены компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.84. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при неэпителиальных опухолях яичников (код по МКБ-10: C56)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование ингибина B в крови (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина в крови (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) позитронная эмиссионная томография всего тела с туморотропными радиофармпрепаратами (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение (включая органосохраняющее) и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (при хирургическом вмешательстве) | |
| 8. | Выполнено исследование опухолевых маркеров CA125, HE4, исследование ингибина B в крови, исследование альфа-фетопротеина в крови (на диагностическом этапе) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (на диагностическом этапе) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и цервикального канала (на диагностическом этапе) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено цитологическое исследование перитонеальной жидкости при ее наличии, полученной путем пункции или аспирата или интраоперационно (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 12. | Выполнены химиотерапия, и (или) гормонотерапия, и (или) таргетная терапия, и (или) лучевая терапия с учетом показаний, стадии неэпителиальной опухоли яичника и морфологической верификации опухоли | Да/Нет |

**2.85. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при пограничных опухолях яичников (коды по МКБ-10: D39.1 (C56)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование антигена аденогенных раков CA 125 в крови | Да/Нет |

**2.86. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при пограничных опухолях яичников (коды по МКБ-10: D39.1 (C56)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование антигена аденогенных раков CA 125 в крови (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение (включая органосохраняющее) и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено органосохраняющее хирургическое вмешательство в репродуктивном возрасте по показаниям при наличии желания у женщины сохранить репродуктивную функцию | Да/Нет |
| 9. | Выполнено удаление большого сальника, взятие смыва брюшной полости | Да/Нет |
| 10. | Выполнено динамическое наблюдение пациентов с серозными пограничными опухолями яичников, подвергшихся органосохраняющим операциям | Да/Нет |
| 11. | Выполнен пересмотр препаратов удаленной опухоли врачом-патологоанатомом в экспертной медицинской организации | Да/Нет |
| 12. | Выполнен отказ от химиотерапии | Да/Нет |
| 13. | Выполнена консультация врача-гинеколога о возможности реализации репродуктивной функции, применения комбинированных оральных контрацептивов, заместительной гормональной терапии, экстракорпорального оплодотворения | Да/Нет |

**2.87. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при трофобластических опухолях (код по МКБ-10: C58)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография органов грудной полости | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина в крови | Да/Нет |

**2.88. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при трофобластических опухолях (код по МКБ-10: C58)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен физикальный осмотр врачом-онкологом или врачом-акушером-гинекологом | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка группы риска резистентности по шкале FIGO при установлении диагноза и выбора химиотерапии 1-й линии | Да/Нет |
| 9. | Выполнено мониторирование эффективности лечения по уровню хорионического гонадотропина | Да/Нет |

**2.89. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке полового члена (коды по МКБ-10: C60, D40.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | узлов (одна анатомическая зона) (регионарных лимфатических узлов) | |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование полового члена и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная, и (или) компьютерная томография органов грудной полости, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.90. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке полового члена (коды по МКБ-10: C60, D40.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала, ультразвуковое исследование сосудов полового члена (при установлении диагноза, и (или) при отсутствии проведения на предыдущем этапе, и (или) при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная, и (или) компьютерная томография органов грудной полости, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография органов таза с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено установление стадии заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной организации здравоохранения | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка гематологической и негематологической токсичности в процессе лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами | Да/Нет |

**2.91. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке предстательной железы (код по МКБ-10: C61)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование простатспецифического антигена общего в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнены прием (консультация) врача-онколога первичный и трансректальное пальцевое исследование (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.92. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке предстательной железы (код по МКБ-10: С61)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена толстоигольная биопсия предстательной железы (мультифокальная) трансректальным доступом (при установлении диагноза и (или) при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное | Да/Нет |
| 3. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза и (или) определении тактики лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при установлении диагноза и (или) при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования и (или) при проведении хирургического лечения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование общего простатспецифического антигена в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена сцинтиграфия костей скелета | Да/Нет |

**2.93. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке паренхимы почки (код по МКБ-10: С64)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при опухолевом венозном тромбозе, распространяющемся выше нижней границы печени) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная, и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (до начала лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами, при метастатическим или местно-распространенным неоперабельным почечно-клеточном раке) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование альбумина в крови (до начала лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами, при метастатическим или местно-распространенным неоперабельным почечно-клеточном раке) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование общего кальция в крови и (или) исследование ионизированного кальция в крови (до начала лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами, при метастатическим или местно-распространенным неоперабельным почечно-клеточном раке) | Да/Нет |

**2.94. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке паренхимы почки (код по МКБ-10: С64)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-онкологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (с оценкой риска IMDC при метастатическом или местно- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | распространенном неоперабельном почечно-клеточным раке) | |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная пациенту с опухолевым венозным тромбозом, распространяющимся выше нижней границы печени | Да/Нет |
| 7. | Выполнена сцинтиграфия почек динамическая (динамическая нефросцинтиграфия) у пациента, имеющего нарушение почечной функции, и (или) единственную функционирующую почку, или билатеральное опухолевое поражение почек, и (или) риск нарушения почечной функции вследствие сопутствующих заболеваний или состояний | Да/Нет |
| 8. | Выполнена сцинтиграфия костей скелета (остеосцинтиграфия) у пациента с костными болями и (или) переломами костей, и (или) повышением уровня щелочной фосфатазы крови, и (или) при наличии местно-распространенной или метастатической стадии заболевания | Да/Нет |
| 9. | Выполнено радикальное удаление солитарных или единичных или паллиативное удаление симптомных метастазов пациенту с метастатическим раком паренхимы почки, способному перенести операцию | Да/Нет |
| 10. | Выполнена оценка эффективности проводимого лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами каждые 2 - 3 месяца от начала лечения | Да/Нет |

**2.95. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных новообразованиях почек, почечных лоханок, мочеточника, других и неуточненных мочевых органов (коды по МКБ-10: C64, C65, C66, C68)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии; перед началом специфической терапии, в процессе лечения на 0, 15, 28 календарный день терапии (для локализованных стадий) или на 0, 15, 28, 42 календарный день терапии (для генерализованных стадий), на этапе послеоперационной терапии - перед каждым введением химиопрепаратов или, если интервал между введениями препаратов больше 1 недели, то не менее 1 раза в неделю) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, и исследование ионизированного кальция в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование глюкозы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, перед началом специфической терапии, в процессе лечения на 0, 15, 28 календарный день терапии (для локализованных стадий) или на 0, 15, 28, 42 календарный день терапии (для генерализованных стадий), на этапе послеоперационной терапии - перед каждым введением лекарственных препаратов для химиотерапии или, если интервал между введениями таких препаратов больше 1 недели, то не менее 1 раза в неделю) | |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, перед началом специфической терапии, на этапе послеоперационной терапии - перед каждым введением химиопрепаратов или, если интервал между введениями препаратов больше 1 недели, то не менее 1 раза в неделю) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, а также перед началом специфической терапии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, а также перед началом специфической терапии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография органов грудной полости или рентгенография грудной клетки прицельная в 2-х проекциях (перед началом лечения на этапе предоперационной терапии, а также перед началом специфической терапии) | Да/Нет |

**2.96. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей (коды по МКБ-10: C65, C66)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена цистоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование мочи для выявления клеток опухоли | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование забрюшинного пространства и ультразвуковое исследование почек, и (или) ультразвуковое | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование мочевого пузыря | |
| 4. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (с проведением экскреторной фазы), и (или) компьютерная томография органов таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.97. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей (коды по МКБ-10: С65, С66)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (с проведением экскреторной фазы), и (или) компьютерная томография органов таза с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления PD-L1 (при неоперабельном местно-распространенном и диссеминированном уротелиальном раке верхних мочевыводящих путей) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |

**2.98. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке мочевого пузыря (код по МКБ-10: С67)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря | Да/Нет |
| 2. | Выполнена цистоскопия | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование мочи для выявления клеток опухоли | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (с оценкой по VI-RADS) и (или) компьютерная томография органов таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.99. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке мочевого пузыря (код по МКБ-10: С67)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическе исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного иммуногистохимического метода выявления PD-L1 (всем пациентам с неоперабельным местно-распространенным и диссеминированным раком мочевого пузыря в первой линии лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) химиолучевая терапия, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.100. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при раке уретры (код по МКБ-10: С68.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, и (или) магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена сцинтиграфия костей скелета (при метастатическом раке уретры и (или) при наличии костных симптомов (боль и патологический перелом) и (или) при повышении уровня щелочной фосфатазы) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены уретроскопия и цистоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено исследование мочи для выявления клеток опухоли (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.101. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при раке уретры (код по МКБ-10: С68.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, и (или) магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена сцинтиграфия костей скелета (при метастатическом раке уретры и (или) при наличии костных симптомов (боль и патологический перелом) и (или) при повышении уровня щелочной фосфатазы и (или) при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены уретроскопия и цистоскопия (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование мочи для выявления клеток опухоли (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 8. | Выполнено установление стадии заболевания в соответствии с действующими классификациями TNM и Всемирной организации здравоохранения | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка гематологической и негематологической токсичности в процессе лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами | Да/Нет |

**2.102. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при**

**увеальной меланоме (коды по МКБ-10: С69.3, С69.4, С69.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена гониоскопия (при преэкваториальной локализации) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена офтальмоскопия (с мидриазом) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование глаза | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография органов грудной полости | Да/Нет |
| 8. | Выполнены магнитно-резонансная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.103. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при увеальной меланоме (коды по МКБ-10: С69.3, С69.4, С69.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены магнитно-резонансная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения исследования на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (при локальной форме увеальной меланомы) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование глаза и биомикроскопия глаза и оптическое исследование заднего отдела глаза с помощью компьютерного анализатора (при локальной форме увеальной меланомы) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оптическая когерентная томография при меланомах хориоидеи (малых размеров, постэкваториальной локализации) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при отсутствии проведения исследования на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнены лазерное, и (или) хирургическое лечение, и (или) лучевая терапия (при локальной форме увеальной меланомы) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (при метастатической увеальной меланоме) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено молекулярное профилирование опухоли при патолого-анатомическом или цитологическом исследовании опухоли глаза | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение группы индивидуального риска и прогноза метастазирования увеальной меланомы | Да/Нет |

**2.104. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при первичных опухолях центральной нервной системы (коды по МКБ-10: C70, C71, C72)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена прицельная рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (один отдел) (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.105. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при первичных опухолях центральной нервной системы (коды по МКБ-10: C70, C71, C72)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено направление на прием (консультация) врача-онколога первичный и (или) направление на прием (консультация) врача-онколога повторный, и (или) выполнен прием (консультация) врача-онколога | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | первичный | |
| 3. | Выполнено направление на мультидисциплинарный консилиум (при отсутствии проведения консилиума на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (один отдел) (при установлении диагноза, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при наличии показаний) в течение 14 календарных дней с момента постановки диагноза (при отсутствии витальных показаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена стереотаксическая радиотерапия (при наличии показаний, в течение 2 - 6 недель с момента постановки диагноза злокачественной опухоли головного мозга) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено соблюдение интервалов между курсами противоопухолевой лекарственной терапии от 21 до 28 календарных дней | Да/Нет |
| 9. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием после окончания лечения и в дальнейшем через каждые 3 месяца в течение 2 лет после лечения | Да/Нет |
| 10. | Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием после окончания лечения и в дальнейшем через каждые 3 месяца в течение 2 лет после лечения (при медуллобластомах и первичном поражении спинного мозга) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена антибактериальная терапия в стартовой комбинации цефалоспорином не ниже 3 - 4-го поколения и противогрибковым лекарственным препаратом при постановке диагноза фебрильной нейтропении | Да/Нет |
| 12. | Выполнена коррекция гематологических расстройств | Да/Нет |

**2.106. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при медуллярном раке щитовидной железы (код по МКБ-10: С73)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование кальцитонина в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | ультразвуковое исследование околощитовидных желез (при установлении диагноза) | |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование ракового эмбрионального антигена в крови (после хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина > 400 пг/мл) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина > 400 пг/мл) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина > 400 пг/мл) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.107. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при медуллярном раке щитовидной железы (код по МКБ-10: С73)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование кальцитонина в крови (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование щитовидной железы и ультразвуковое исследование околощитовидных желез (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение структурных вариантов гена RET в образце биологического материала другим или неуточненном методом высокопроизводительного секвенирования (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина > 400 пг/мл, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина > 400 пг/мл, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии регионарных метастазов в лимфатических узлах (N1) или при сывороточном уровне кальцитонина > 400 пг/мл, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение кальцитонина в смыве из пункционной иглы при умеренно повышенном уровне базального кальцитонина | Да/Нет |
| 12. | Выполнено предоперационное исключение феохромоцитомы или подтверждено ее наличие | Да/Нет |
| 13. | Выбран и выполнен оптимальный объем хирургического вмешательства в соответствии с предоперационным стадированием | Да/Нет |
| 14. | Выполнено исследование общего кальция в крови после операции | Да/Нет |
| 15. | Выполнена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства | Да/Нет |
| 16. | Выполнено лечение ингибиторами протеинкиназы в соответствии с наличием показаний | Да/Нет |

**2.108. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при**

**дифференцированном раке щитовидной железы (коды по МКБ-10: C73, D44.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование кальцитонина в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и ультразвуковое исследование околощитовидных желез | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение левотироксином натрия (после хирургического лечения) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование тиреоглобулина в крови (после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение антител к тироглобулину в крови (после хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена пункция щитовидной или околощитовидной железы под контролем ультразвукового исследования | Да/Нет |
| 9. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы (по протоколу Bethesda Thyroid Classification 2017) | Да/Нет |

**2.109. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дифференцированном раке щитовидной железы (коды по МКБ-10: C73, D44.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пункция щитовидной или околощитовидной железы под контролем ультразвукового исследования и (или) биопсия щитовидной или околощитовидной железы (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы (по протоколу Bethesda Thyroid Classification 2017, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование щитовидной железы, и ультразвуковое исследование околощитовидных желез, и ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) (по протоколу EU-TIRADS, при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена пункция лимфатического узла под контролем ультразвукового исследования (при наличии изменений регионарных лимфоузлов по данным ультразвукового исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла (при наличии изменений регионарных лимфоузлов по данным ультразвукового исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при соответствии опухоли cT3-cT4 и (или) N1 по данным TNM8) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при соответствии опухоли cT3-cT4 и (или) N1 по данным TNM8) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом лечении) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена оценка клинических и анамнестических факторов принадлежности больного к группе агрессивных форм рака щитовидной железы | Да/Нет |
| 11. | Выполнена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства в группе пациентов низкого риска прогрессирования или рецидива | Да/Нет |
| 12. | Выполнена ларингоскопия на дооперационном этапе | Да/Нет |

**2.110. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при раке щитовидной железы (код по МКБ-10: C73)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование свободного тироксина в крови, определение антител к тироглобулину в крови, определение антител к тиреопероксидазе в крови, исследование тиреотропного гормона в крови, исследование тиреоглобулина в крови, исследование кальцитонина в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи всех уровней с стратификацией риска злокачественности по системе TIRADS | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена ларингоскопия (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |

**2.111. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при раке щитовидной железы (код по МКБ-10: С73)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование свободного тироксина в крови, определение антител к тироглобулину в крови, определение антител к тиреопероксидазе в крови, исследование тиреотропного гормона в крови, исследование тиреоглобулина в крови, исследование кальцитонина в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование щитовидной железы и ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи всех уровней с стратификацией риска злокачественности по системе TIRADS | Да/Нет |
| 3. | Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы (под контролем ультразвукового исследования) с последующим цитологическим исследованием микропрепарата по протоколу Bethesda Theroid Classification 2023 | Да/Нет |
| 4. | Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия лимфатического узла с определением уровня тиреоглобулина или кальцитонина в смыве из иглы | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при отсутствии проведения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена ларингоскопия (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография области шеи с внутривенным контрастированием | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 9. | Выполнена консультация врача-генетика | Да/Нет |
| 10. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |
| 11. | Выполнена радиойодтерапия (пациентам высокой и промежуточной группы риска прогрессирования рака щитовидной железы) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение левотироксином натрия (пациентам после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена сцинтиграфия костей скелета (при медуллярном или анапластическом раке щитовидной железы) | Да/Нет |

**2.112. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при раке коры надпочечника (адренокортикальном раке) (код по МКБ-10: С74)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена спиральная компьютерная томография легких (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование утреннего кортизола в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование утреннего кортизола в крови (на фоне ночного подавляющего теста с 1 мг дексаметазона) | Да/Нет |

**2.113. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при раке коры надпочечника (адренокортикальном раке) (код по МКБ-10: C74)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена спиральная компьютерная томография легких (при отсутствии проведения исследования на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, и (или) позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными радиофармпрепаратами (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование утреннего кортизола в крови (на фоне ночного подавляющего теста с 1 мг дексаметазона) (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | компьютерной томографией с флудезоксиглюкозой (18F) как один из параметров клинической верификации злокачественного потенциала опухоли, определен стандартизованный уровень накопления флудезоксиглюкозы (18F) | |
| 7. | Выполнена сцинтиграфия костей скелета при подозрении на метастатическое поражение костей скелета | Да/Нет |
| 8. | Выполнены исследование метанефринов в крови и исследование норметанефринов в крови или исследование метанефринов в моче методом высокоэффективной жидкостной хроматографии и исследование норметанефринов в моче методом высокоэффективной жидкостной хроматографии | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение соотношения между уровнем альдостерона и активностью ренина плазмы для исключения первичного гиперальдостеронизма при наличии у пациента с опухолью надпочечника артериальной гипертензии | Да/Нет |
| 10. | Выполнено стадирование опухолевого процесса по TNM и ENSAT | Да/Нет |
| 11. | Выполнены прием (консультация) врача-генетика первичный и определение мутаций в гене TP53 в крови методом секвенирования по Сенгеру пациенту детского возраста | Да/Нет |
| 12. | Выполнено адъювантное лечение митотаном пациентам с верифицированным патоморфологически диагнозом "адренокортикальный рак" | Да/Нет |
| 13. | Выполнена химиотерапия на фоне продолжающегося приема митотана ежедневно в дозе, обеспечивающей его содержание в крови на уровне 14 - 20 мкг/мл без перерыва между циклами химиотерапии пациентам с неоперабельным адренокортикальным раком, наличием распространенного метастатического процесса после резекции первичной опухоли, быстрым прогрессированием заболевания | Да/Нет |
| 14. | Выполнена заместительная терапия надпочечниковой недостаточности всем пациентам, получающим терапию митотаном, в случае гиперкортицизма необходимость проведения заместительной терапии по медицинским показаниям | Да/Нет |
| 15. | Выполнен лечение лекарственными препаратами группы ингибиторов костной резорбции и (или) дистанционная лучевая терапия пациентам с костными местастазами адренокортикального рака | Да/Нет |
| 16. | Выполнена разъяснительная беседа по проблеме беременности и адренокортикального рака с женщинами репродуктивного возраста | Да/Нет |
| 17. | Выполнены рекомендации оптимальных методов контрацепции женщинам репродуктивного возраста, получающим терапию митотаном и (или) цитотоксическую химиотерапию | Да/Нет |
| 18. | Выполнено регулярное определение митотана концентрации в крови с коррекцией суточной дозы по показаниям всем пациентам, получающим лечение митотаном | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 19. | Выполнено регулярное обследование на предмет нежелательных явлений и своевременное их лечение всем пациентам, получающим лечение митотаном | Да/Нет |
| 20. | Выполнена необходимая коррекция лечения и плана дальнейшего ведения всем пациентам с адренокортикальным раком на основании результатов динамического наблюдения и обследования | Да/Нет |

**2.114. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при опухолях невыявленной первичной локализации (коды по МКБ-10: C76 - C80, D37 - D48)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (для женщин) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.115. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при опухолях невыявленной первичной локализации (коды по МКБ-10: C76 - C80, D37 - D48)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными радиофармпрепаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при неинформативности ранее проведенных исследований) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена магнитно-резонансная томография области шеи (при подозрении на наличие опухолевого образования области шеи) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при семейном онкологическом анамнезе) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка эффективности противоопухолевой терапии с помощью компьютерной томографии с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансной томографии с внутривенным контрастированием через 2 - 3 месяца после завершения терапии | Да/Нет |
| 10. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный и анализ крови биохимический общетерапевтический до начала очередного курса лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 11. | Выполнена модификация режима лечения из-за токсичности, не позволяющей провести запланированное лечение в полном объеме | Да/Нет |

**2.116. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при вторичном злокачественном новообразовании головного мозга и мозговых оболочек (код по МКБ-10: C79.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный (с оценкой необходимости дообследования и рекомендациями по дальнейшей тактике лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.117. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при вторичном злокачественном новообразовании головного мозга и мозговых оболочек (код по МКБ-10: C79.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография головного мозга с внутривенным | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при отсутствии проведения на предыдущем этапе и (или) неинформативности проведенного исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 2. | Выполнено направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены хирургическое лечение, и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия, и (или) химиолучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено направление на онкологический консилиум (при отсутствии проведения онкологического консилиума на предыдущем этапе) | Да/Нет |

**2.118. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при лимфоме Ходжкина (код по МКБ-10: C81)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография области шеи, компьютерная томография органов грудной полости, компьютерная томография брюшной полости и компьютерная томография малого таза с внутривенным контрастированием, или ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.119. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при лимфоме Ходжкина (код по МКБ-10: C81)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография области шеи, компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография брюшной полости и компьютерная томография малого таза с внутривенным контрастированием, или ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена биопсия лимфатического узла (либо другого очага поражения) и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при диагностике) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены лечение комбинациями антрациклинов и родственными соединениями, и (или) другими алкилирующими средствами, и (или) другими противоопухолевыми антибиотиками, и (или) алкалоидами растительного происхождения и другими природными веществами, и (или) производными подофиллотоксина, и (или) антиметаболитами, и (или) метилгидразинами, и (или) моноклональными антителами, и (или) аналогами азотистого иприта, и (или) аналогами пиримидина, и (или) препаратами платины, и (или) производными нитрозомочевины и глюкокортикоидами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка ответа на терапию (в соответствии со стандартными критериями ответа на лечение лимфом) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена коррекция (смена) терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.120. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при фолликулярной лимфоме (коды по МКБ-10: C82, C85.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | узлов и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**2.121. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при фолликулярной лимфоме (коды по МКБ-10: C82, C85.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или ультразвуковое исследование лимфатических узлов и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена биопсия лимфатического узла (либо другого очага поражения) и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при диагностике) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены получение цитологического препарата костного мозга, и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма), и получение гистологического препарата костного мозга (трепанобиопсия), и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение в монорежиме или различными комбинациями моноклональными антителами, и (или) антрациклинами и родственными соединениями, и (или) другими алкилирующими средствами, и (или) аналогами азотистого иприта, и (или) алкалоидами растительного происхождения и другими природными веществами, и (или) другими противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) другими иммунодепрессантами, и (или) соединениями платины, и (или) производными нитрозомочевины (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |
| 10. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | при резистентном течении фолликулярной лимфомы) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**2.122. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лимфоме маргинальной зоны (код по МКБ-10: C83.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или при наличии медицинских противопоказаний к позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и к компьютерной томографии - ультразвуковое исследование лимфатических узлов и ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнено микробиологическое исследование биоптата слизистой желудка или двенадцатиперстной кишки на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori), или исследование антител к хеликобактер пилори (Helicobacter pylori) в крови, или определение антигена хеликобактера пилори в кале и 13С-уреазный дыхательный тест на Helicobacter pylori, при установлении диагноза лимфомы маргинальной зоны желудка | Да/Нет |

**2.123. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при лимфоме маргинальной зоны (код по МКБ-10: C83.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или при наличии медицинских противопоказаний к позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и к компьютерной томографии - ультразвуковое исследование лимфатических узлов и ультразвуковое исследование органов брюшной полости | |
| 6. | Выполнены биопсия (взятие биопсийного материала) лимфатического узла или другого очага поражения и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов при установлении диагноза (если не выполнено в амбулаторных условиях) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение в монорежиме или различными комбинациями моноклональных антител и (или) алкилирующими препаратами, и (или) противоопухолевыми препаратами растительного происхождения, и (или) противоопухолевыми антибиотиками и глюкокортикоидами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |
| 9. | Выполнена коррекция или смена терапии при развитии рецидива или при резистентном течении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.124. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лимфоме из клеток мантии (коды по МКБ-10: C83.1, C85.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или при наличии медицинских противопоказаний к позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и к компьютерной томографии - ультразвуковое исследование лимфатических узлов и ультразвуковое исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**2.125. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при лимфоме из клеток мантии (коды по МКБ-10: C83.1, C85.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или при наличии медицинских противопоказаний к позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и к компьютерной томографии - ультразвуковое исследование лимфатических узлов и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена биопсия лимфоузла или другого очага поражения и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 7. | Выполнено получение гистологического препарата костного мозга и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение в монорежиме или различными комбинациями моноклональных антител и (или) алкилирующих препаратов, и (или) аналогов азотистого иприта, и (или) антрациклинов и родственных соединений, и (или) противоопухолевых препаратов растительного происхождения, и (или) алкалоидов растительного происхождения и прочих природных веществ, и (или) антиметаболитов, и (или) ингибиторов протеинкиназ, и (или) прочих противоопухолевых лекарственных препаратов, и (или) других иммунодепрессантов, и (или) производных нитрозомочевины, и (или) соединений платины и глюкокортикоидов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении лимфомы клеток мантии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнены цитогенетическое исследование (кариотип) и определение транслокации t(11;14)(q13;q32)/CCND1::IGH в суспензии клеток или в мазках, или в отпечатках опухоли методом флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) пациентам с лимфомой из клеток мантии и с подозрением на лимфому клеток мантии | Да/Нет |
| 12. | Выполнено получение гистологического препарата костного мозга, прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов первичному пациенту с подозрением на рецидив лимфомы клеток мантии | Да/Нет |
| 13. | Выполнена электрокардиография пациенту с подозрением на лимфому клеток мантии или с выявленной лимфомой клеток мантии при первичном или повторном приеме, при оценке ремиссии после завершения терапии, при контрольных обследованиях, при подозрении на рецидив заболевания | Да/Нет |

**2.126. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при агрессивных нефолликулярных лимфомах - диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, В-клеточная лимфома высокой степени злокачественности с перестройкой генов c-MYC и BCL2/BCL6, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, медиастинальная лимфома серой зоны, лимфома Беркитта, плазмобластная лимфома (коды по МКБ-10: C83.3, C83.7, C83.8, C83.9, C85, C85.2, C91.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или при наличии медицинских противопоказаний к позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и к компьютерной томографии - ультразвуковое исследование лимфатических узлов и ультразвуковое исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**2.127. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при агрессивных нефолликулярных лимфомах - диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, В-клеточная лимфома высокой степени злокачественности с перестройкой генов c-MYC и BCL2/BCL6, первичная медиастинальная В-клеточная лимфома, медиастинальная лимфома серой зоны, лимфома Беркитта, плазмобластная лимфома (коды по МКБ-10: C83.3, C83.7, C83.8, C83.9, C85, C85.2, C91.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или при наличии медицинских противопоказаний к позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и к компьютерной томографии - ультразвуковое исследование лимфатических узлов и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена биопсия лимфатического узла (или другого очага поражения) и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при диагностике) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены получение гистологического препарата костного мозга и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение аналогами азотистого иприта и (или) моноклональными антителами, и (или) антрациклинами и родственными соединениями, и (или) другими алкилирующими средствами, и (или) антиметаболитами, и (или) производными подофиллотоксина, и (или) аналогами пиримидина, и (или) аналогами фолиевой кислоты, и (или) прочими противоопухолевыми антибиотиками, и (или) другими иммунодепрессантами, и (или) ингибиторами протеинкиназ, и (или) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | прочими противоопухолевыми средствами, и (или) соединениями платины, и (или) производными нитрозомочевины, и (или) алкилсульфатами, и глюкокортикоидами (различными комбинациями) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 10. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |
| 11. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.128. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при грибовидном микозе (код по МКБ-10: C84.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или при наличии медицинских противопоказаний к позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и к компьютерной томографии - ультразвуковое исследование лимфатических узлов и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.129. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при грибовидном микозе (код по МКБ-10: C84.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 5. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография мягких тканей, компьютерная томография органов брюшной полости, компьютерная томография забрюшинного пространства и компьютерная томография органов малого таза (при необходимости с внутривенным контрастированием) или при наличии медицинских противопоказаний к позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и к компьютерной томографии - ультразвуковое исследование лимфатических узлов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 6. | Выполнено лечение кортикостероидами для дерматологического применения и (или) ультрафиолетовое облучение кожи (пациентам с ранними стадиями) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение интерфероном альфа-2b и (или) метотрексатом, и (или) вориностатом, и (или) гемцитабином, и (или) брентуксимаб ведотином (у пациентов с IIB, III стадиями) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена терапия CHOP у пациентов с трансформацией микоза в крупноклеточную лимфому и (или) внекожном распространении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.130. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при синдроме Сезари (код по МКБ-10: C84.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией, с туморотропными радиофармпрепаратами всего тела или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография органов малого таза, компьютерная томография органов брюшной полости и компьютерная томография забрюшинного пространства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.131. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при синдроме Сезари (код по МКБ-10: C84.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией, с туморотропными радиофармпрепаратами всего тела или компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография органов малого таза, компьютерная томография органов брюшной полости и компьютерная томография забрюшинного пространства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение метотрексатом и (или) интерфероном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена коррекция или смена терапии (при недостаточной эффективности лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами первой линии в монорежиме) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено иммунофенотипирование периферической крови для выявления субпопуляционного состава лимфоцитов (основные и (или) малые) и иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге пациенту с впервые выявленным синдроме Сезари | Да/Нет |

**2.132. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нодальных Т-клеточных лимфомах (коды по МКБ-10: C84.5, C84.6, C84.7, C84.9, C86.0, C86.1, C86.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография области шеи, компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография органов брюшной полости и компьютерная томография малого таза с внутривенным контрастированием, или ультразвуковое исследование лимфатических узлов, и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.133. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нодальных Т-клеточных лимфомах (коды по МКБ-10: C84.5, C84.6, C84.7, C84.9, C86.0, C86.1, C86.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией, или компьютерная томография области шеи, компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография органов брюшной полости и компьютерная томография малого таза с внутривенным контрастированием, или ультразвуковое исследование лимфатических узлов, и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены биопсия лимфатического узла (либо другого очага поражения) и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов (при диагностике) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма), и получение гистологического препарата костного мозга (трепанобиопсия), и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 9. | Выполнены лечение аналогами азотистого иприта, и (или) моноклональными антителами, и (или) антрациклинами, и родственными соединениями, и (или) другими алкилирующими | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | средствами, и (или) антиметаболитами, и (или) производными подофиллотоксина, и (или) аналогами пиримидина, и (или) аналогами фолиевой кислоты, и (или) прочими противоопухолевыми антибиотиками, и (или) другими иммунодепрессантами, и (или) ингибиторами протеинкиназ, и (или) прочими противоопухолевыми средствами, и (или) соединениями платины, и (или) производными нитрозомочевины, и (или) алкилсульфатами, и глюкокортикоидами (в монорежиме или различными комбинациями) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 10. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |
| 11. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено качественное определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови методом полимеразной цепной реакции пациенту с верифицированной экстранодальной Т/NK-клеточной лимфомой перед началом и после завершения специфической терапии | Да/Нет |

**2.134. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при макроглобулинемии Вальденстрема (код по МКБ-10: С88.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование ионизированного кальция в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, и исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |

**2.135. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при макроглобулинемии Вальденстрема (код по МКБ-10: C88.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование ионизированного кальция в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, и исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови и моче методом иммунофиксации | Да/Нет |
| 7. | Выполнены цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 8. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение в монорежиме или различными комбинациями моноклональных антител и (или) других противоопухолевых средств, и (или) алкилирующих средств, и (или) аналогов азотистого иприта, и (или) ингибиторов протеинкиназ, и (или) аналогов пиримидина, и (или) аналогов пурина, и (или) антиметаболитов, и (или) прочими противоопухолевыми препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении макроглобулии Вальденстрема) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 12. | Выполнено ультразвуковое исследование (периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов) (при установлении диагноза, в случае если не выполнено в амбулаторных условиях) | Да/Нет |

**2.136. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при множественной миеломе (код по МКБ-10: C90.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, и исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография всех отделов позвоночника, компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография области таза (предпочтение отдается низкодозной компьютерной томографии всего скелета), или рентгенологическое исследование костей (включая череп, грудную клетку, все отделы позвоночника, таз, плечевые и бедренные кости), или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |

**2.137. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при множественной миеломе (код по МКБ-10: C90.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование общего белка в крови, и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, и исследование общего кальция в крови | |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение соотношения белковых фракций в крови и моче методом электрофореза с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов (кроме пациентов с несекретирующей, вялотекущей миеломой и миеломой легких цепей) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови и суточной моче методом иммунофиксации с количественным определением концентрации М-градиента | Да/Нет |
| 8. | Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем стеранальной пункции с цитологическим исследованием пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены компьютерная томография всех отделов позвоночника, компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография области таза (предпочтение отдается низкодозной компьютерной томографии всего скелета) или рентгенологическое исследование костей (включая череп, грудную клетку, все отделы позвоночника, таз, плечевые и бедренные кости) или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение в монорежиме или различными комбинациями алкилирующих препаратов и (или) моноклональных антител, и (или) аналогами азотистого иприта, и (или) другими иммунодепрессантами, и (или) антрациклинами и родственными соединениями, и (или) прочими противоопухолевыми препаратами, и (или) алкалоидами растительного происхождения и другими природными веществами, и (или) производными нитрозомочевины, и (или) производными подофиллотоксина, или соединениями платины (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена противорецидивная терапия (пациенту с удвоением содержания М-градиента в течение 2 месяцев и при быстром нарастании парапротеина) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка эффективности лечения согласно критериям ответа на терапию согласно международным критериям, предложенным в 2006 г. и модифицированным в 2011 и 2016 гг. | Да/Нет |
| 13. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.138. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при солитарной (экстрамедуллярной) плазмоцитоме (коды по МКБ-10: С90.2, С90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, исследование ионизированного кальция в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа, позвоночника (один отдел) или низкодозная компьютерная томография всего скелета, или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел), или магнитно-резонансная томография тела или позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |

**2.139. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при солитарной (экстрамедуллярной) плазмоцитоме (коды по МКБ-10: C90.2, C90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, исследование ионизированного кальция в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации, и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации, и исследование иммуноглобулинов в крови с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов | Да/Нет |
| 8. | Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем стернальной пункции с последующим цитологическим исследованием | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (миелограмма) | |
| 9. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа, компьютерная томография позвоночника (один отдел), или низкодозная компьютерная томография всего скелета, или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел), или магнитно-резонансная томография всего тела, или позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лучевая терапия, и (или) хирургическое лечение, и (или) химиотерапия в монорежиме или различными комбинациями алкилирующих препаратов, и (или) моноклональных антител, и (или) аналогами азотистого иприта, и (или) другими иммунодепрессантами, и (или) антрациклинами и родственными соединениями, и (или) прочими противоопухолевыми препаратами, и (или) алкалоидами растительного происхождения и другими природными веществами, и (или) производными нитрозомочевины, и (или) производными подофиллотоксина, или соединениями платины (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.140. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых лимфобластных лейкозах (коды по МКБ-10: C91.0, C91.5, C91.7, C91.9, C83.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

**2.141. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых лимфобластных лейкозах (коды по МКБ-10: C91.0, C91.5, C91.7, C91.9, C83.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) и цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга (бластных клеток костного мозга) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) клеток костного мозга | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением дополнительного метода флуоресцентной гибридизации in situ (FISH), для определения транслокации t(9;22)(q34;q11)/BCR:: ABL | |
| 7. | Выполнено определение экспрессии мРНК BCR-ABL p210 (количественное) и определение экспрессии мРНК BCR-ABLp190 (количественное) (пациентам с Ph+ острый лимфобластный лейкоз) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге | Да/Нет |
| 9. | Выполнены компьютерная томография головного мозга и (или) магнитно-резонансная томография головного мозга и компьютерная томография грудной клетки, и (или) магнитно-резонансная томография грудной клетки и компьютерная томография органов брюшной полости, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (и (или) иных вовлеченных областей) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнены спинномозговая пункция с выполнением цитологического исследования клеток спинномозговой жидкости и микроскопического исследования спинномозговой жидкости с подсчетом клеток в счетной камере (определение цитоза) и общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости | Да/Нет |
| 11. | Выполнена спинномозговая пункция с интратекальным введением метотрексата (15 мг), цитарабина (30 мг/м2), преднизолона (40 мг) или дексаметазона (4 мг) (профилактика нейролейкемии) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена индукционная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено поддерживающее лечение (всем пациентам, кроме пациентов со зрелым В-клеточным острым лимфобластным лейкозом) после завершения этапов индукции и консолидации ремиссии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (пациенту на всех этапах терапии и после окончания программы лечения) | Да/Нет |
| 15. | Выполнены коррекция и (или) смена терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено HLA-типирование (пациентам, являющимися кандидатами для выполнения трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено соблюдение временных регламентов согласно выбранному протоколу лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 18. | Выполнено стандартное лечение острого лимфобластного лейкоза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | противоопухолевыми лекарственными препаратами 1-й линии или лечение острого лимфобластного лейкоза противоопухолевыми лекарственными препаратами 2-й линии (возможные химиотерапевтические комбинации FLAG-Ida, FLAM или Hyper-CVAD, или бортезомиб в комбинации с химиотерапией (митоксантроном, дексаметазоном и аспарагиназой), или иммунотерапией (блинатумомабом или инотузумаб озогамицин)), а также лечение венетоклаксом в сочетании с децитабином пациенту с поздним рецидивом острого лимфобластного лейкоза или лимфобластной лимфомы | |

**2.142. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при остром лимфобластном лейкозе (код по МКБ-10: C91.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

**2.143. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром лимфобластном лейкозе (код по МКБ-10: C91.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции с последующим цитологическим исследованием пунктата костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза, на этапе индукции (на 15 календарный день терапии) и по окончании индукции) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга (при подозрении на острый лимфобластный лейкоз или лимфобластную лимфому, или острый лейкоз неоднозначной линейности, а также при подозрении на рецидив острого лимфобластного лейкоза или лимфобластной лимфомы, или острого лейкоз неоднозначной линейности) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено иммунофенотипирование гемопоэтических клеток-предшественниц в костном мозге (при подозрении на острый лимфобластный лейкоз или лимфобластную лимфому, или острый лейкоз неоднозначной линейности, а также при подозрении на рецидив острого лимфобластного лейкоза или лимфобластной лимфомы, или острого лейкоза неоднозначной линейности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены цитогенетическое исследование (кариотип) и молекулярно-генетическое исследование методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH) аспирата костного мозга (при подозрении на острый лимфобластный лейкоз или лимфобластную лимфому, или острый лейкоз неоднозначной линейности, а также при подозрении на рецидив острого лимфобластного лейкоза, или лимфобластной лимфомы, или | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | острого лейкоза неоднозначной линейности) | |
| 6. | Выполнена спинномозговая пункция с последующим исследованием уровня белка в спинномозговой жидкости, исследованием уровня глюкозы в спинномозговой жидкости, микроскопическим исследованием спинномозговой жидкости с подсчетом клеток в счетной камере (определение цитоза) и цитологическим исследованием клеток спинномозговой жидкости (при подозрении на острый лимфобластный лейкоз или лимфобластную лимфому, или острый лейкоз неоднозначной линейности, а также при подозрении на рецидив острого лимфобластного лейкоза, или лимфобластной лимфомы, или острого лейкоза неоднозначной линейности) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена комбинированная цитостатическая терапия (по протоколу ALL-MB или ALL-BFM в действующей версии) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы тирозинкиназы BCR-ABL (в дополнение к стандартной терапии пациентам с Ph-позитивным острым лимфобластным лейкозом или острым лейкозом неоднозначной линейности) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив острого лимфобластного лейкоза или острого лейкоза неоднозначной линейности) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена компьютерная томография органов грудной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив острого лимфобластного лейкоза или острого лейкоза неоднозначной линейности) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение HLA-антигенов пациентам с острым лимфобластным лейкозом или лимфобластной лимфомой, или острым лейкозом неоднозначной линейности (при планировании трансплантации) | Да/Нет |

**2.144. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом лимфоцитарном лейкозе (лимфоме из малых лимфоцитов) (код по МКБ-10: C91.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография органов брюшной полости и компьютерная томография малого таза и (или) ультразвуковое исследование органов брюшной полости с исследованием лимфатических узлов (перед началом терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией при наличии клинических признаков трансформации (синдром Рихтера) | Да/Нет |

**2.145. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом лимфоцитарном лейкозе (лимфоме из малых лимфоцитов) (код по МКБ-10: С91.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови, развернутый | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование периферической крови методом проточной цитофлуориметрии при наличии абсолютного лимфоцитоза (при установлении диагноза или подозрении на рецидив) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена биопсия лимфатического узла (очага поражения) (при подозрении на лимфому из малых лимфоцитов без лимфоцитоза или при подозрении на трансформацию) (при диагностике) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография органов брюшной полости и компьютерная томография малого таза и (или) ультразвуковое исследование органов брюшной полости с исследованием лимфатических узлов (перед началом терапии, после завершения терапии, при подозрении на рецидив заболевания) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией при наличии клинических признаков трансформации (синдром Рихтера) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена терапия различными комбинациями ингибиторов протеинкиназ и (или) прочими противоопухолевыми препаратами, и (или) моноклональными антителами, и (или) алкилирующими препаратами, и (или) антиметаболитами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка эффективности терапии | Да/Нет |
| 10. | Выполнена противорецидивная терапия (в зависимости от возраста, срока развития рецидива, наличия маркеров высокого риска развития рецидива хронического лимфоцитарного лейкоза или лимфомы из малых лимфоцитов) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.146. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при волосатоклеточном лейкозе (код по МКБ-10: С91.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при установлении диагноза, по окончании терапии и при подозрении на рецидив) | Да/Нет |

**2.147. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при волосатоклеточном лейкозе (код по МКБ-10: С91.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование биологического материала (крови или костного мозга) методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза и при подозрении на рецидив) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при установлении диагноза, по окончании терапии и при подозрении на рецидив) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение первой линии интерфероном альфа-2b или пэгинтерфероном альфа-2а, и (или) вемурафенибом, и (или) кладрибином, и (или) ритуксимабом, и (или) бендамустином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |
| 9. | Выполнена противорецидивная терапия (при развитии рецидива более чем через 5 лет после окончания лечения противоопухолевыми лекарственными препаратами 1 линии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена смена терапии (при рефрактерном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.148. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ-10: С92.0, С92.3, С92.5, С92.6, С92.7, С92.8, С92.9, С93.0, С94.0, С94.2, С94.7, С95.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего магния в крови | Да/Нет |

**2.149. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ-10: C92.0, C92.3, C92.5, C92.6, C92.7, C92.8, C92.9, C93.0, C94.0, C94.2, C94.7, C95.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) или получен гистологический препарат костного мозга и выполнено цитологическое и иммуноцитохимическое исследование отпечатков трепанобиоптата костного мозга | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) клеток костного мозга | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего магния в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнены спинномозговая пункция с выполнением цитологического исследования клеток спинномозговой жидкости и микроскопического исследования спинномозговой жидкости с подсчетом клеток в счетной камере (определение цитоза) и общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение метотрексатом в дозе 15 мг, цитарабином 30 мг, дексаметазоном 4 мг (интратекальное введение) (пациентам с верифицированным диагнозом острый миеломонобластный лейкоз, острый монобластный лейкоз, миеилодная саркома, а также пациентам | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | при всех формах острого миеолоидного лейкоза с инициальным лейкоцитозом выше 30 х $10^9$/л и (или) наличием экстрамедуллярных образований) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 9. | Выполнена индукционная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена программа консолидации ремиссии (пациенту, достигшему полной ремиссии после индукционного этапа терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена консультация в отделении (блоке) трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток (пациентам, достигшим полной ремиссии и являющимся кандидатами для выполнения аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (пациенту на всех этапах лечения и после окончания программы лечения) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена коррекция и (или) смена терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.150. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ-10: C92.0, C92.3, C92.5, C92.6, C92.7, C92.8, C92.9, C93.0, C94.0, C94.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

**2.151. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при острых миелоидных лейкозах (коды по МКБ-10: C92.0, C92.3, C92.5, C92.6, C92.7, C92.8, C92.9, C93.0, C94.0, C94.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб и оценка объективного статуса | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограммы) и цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга | Да/Нет |
| 4. | Выполнено иммунофенотипирование пунктата костного мозга всем | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | пациентам при подозрении на острый лейкоз | |
| 5. | Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) аспирата костного мозга (при диагностике) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости (при диагностике) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки и компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга (при диагностике) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение (индукционная полихимиотерапия) (пациенту с впервые диагностированным острым миелоидным лейкозом) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение (полихимиотерапия консолидации ремиссии) (пациенту достигшему полной ремиссии после индукционного этапа терапии) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена консультация в медицинской организации, выполняющей работы (услуги) по трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток (в трансплантационном центре) (пациенту из группы острого миелоидного лейкоза высокого риска) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено включение в клиническое исследование пациента с впервые диагностированным острым миелоидным лейкозом при наличии возможности включения в клиническое исследование | Да/Нет |
| 12. | Выполнена индукционная терапия после завершения всех диагностических мероприятий пациенту с впервые диагностированным острым миелоидным лейкозом, который не может быть включен в клиническое исследование | Да/Нет |

**2.152. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хроническом миелоидном лейкозе (код по МКБ-10: С92.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование неорганического фосфора в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | крови, исследование общего магния в крови, определение активности амилазы в крови, определение активности липазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина в крови, исследование липопротеинов в крови и исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови | |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование селезенки и ультразвуковое исследование печени | Да/Нет |

**2.153. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом миелоидном лейкозе (код по МКБ-10: C92.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование общего магния в крови, определение активности амилазы в крови, определение активности липазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина в крови, исследование липопротеинов в крови и исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены цитогенетическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга или исследование костного мозга методом флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) для выявления химерного гена BCR-ABL и (или) качественное или количественное определение химерного транскрипта BCR-ABL в крови методом полимеразной цепной реакции (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование селезенки и ультразвуковое исследование печени | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы тирозинкиназы BCR-ABL (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено цитогенетическое исследование биопсийного | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (операционного) материала костного мозга и (или) количественное определение химерного транскрипта BCR-ABL в крови методом полимеразной цепной реакции (для оценки эффективности терапии ингибиторами тирозинкиназы BCR-ABL) | |
| 10. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или неэффективности применяемого ингибитора тирозинкиназы BCR-ABL или развитии токсичности на фоне приема ингибитора тирозинкиназы BCR-ABL) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.154. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром промиелоцитарном лейкозе (код по МКБ-10: C92.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |

**2.155. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром промиелоцитарном лейкозе (код по МКБ-10: C92.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и определением числа ретикулоцитов | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | аланинаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови | |
| 5. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография головного мозга | Да/Нет |
| 7. | Выполнены цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) и цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга | Да/Нет |
| 8. | Выполнены цитогенетическое исследование (кариотип) и (или) молекулярно-генетическое исследование транслокации t(15;17) в биопсийном (операционном) материале методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH) и (или) определение экспрессии pML-RAR-a (количественное) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение (специфическая терапия) третиноином (при подозрении на острый промиелоцитарный лейкоз) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение (специфическая терапия) третиноином в сочетании с антрациклинами (с или без) цитарабином или третиноином в сочетании с мышьяка триоксидом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (пациенту на всех этапах терапии и после окончания программы лечения) | Да/Нет |
| 12. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости с определением размеров печени, селезенки и внутрибрюшных лимфатических узлов, и ультразвуковое исследование матки и придатков, и ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное пациенту с подозрением на острый промиелоцитарный лейкоз или с верифицированным острым промиелоцитарным лейкозом до начала лечения и в ходе терапии | Да/Нет |
| 13. | Выполнено начало сопроводительной терапии, направленной на коррекцию гемостаза, и специфической терапия ATRA пациенту с подозрением на острый промиелоцитарный лейкоз незамедлительно, до генетического подтверждения диагноза | Да/Нет |

**2.156. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при аденоматозном полипозном синдроме (код по МКБ-10: D12)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена колоноскопия (тотальная) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография области таза | Да/Нет |
| 5. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене APC в крови и (или) молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене MYH в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.157. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при аденоматозном полипозном синдроме (код по МКБ-10: D12)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена колоноскопия (тотальная) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография области таза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене APC в крови и (или) молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене MYH в крови (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и (или) при неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки (при планировании формирования тонкокишечного резервуара) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки или лапароскопическая колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, или лапароскопически-ассистированная, колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки (при классической форме) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена лапароскопически-ассистированная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза или колэктомия с формированием илеоректального анастомоза (при ослабленной форме) | Да/Нет |

**2.158. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при доброкачественных остеогенных и хондрогенных опухолях носа и околоносовых пазух (код по МКБ-10: D14.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа и компьютерная томография гортани (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии придаточных пазух носа, гортани) | Да/Нет |

**2.159. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественных остеогенных и хондрогенных опухолях носа и околоносовых пазух (код по МКБ-10: D 14.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены компьютерная томография придаточных пазух носа, компьютерная томография гортани (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение компьютерной томографии придаточных пазух носа, гортани) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |

**2.160. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при меланоформном невусе (код по МКБ-10: D22)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врачом-дерматовенерологом и (или) прием (консультация) врачом-онкологом, и (или) прием (консультация) врачом - детским онкологом-гематологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено разъяснение для пациента порядка самостоятельного визуального осмотра кожного покрова и критериев подозрительных новообразований кожи | Да/Нет |
| 4. | Выполнено разъяснение для пациента роли профилактических мероприятий по ограничению инсоляции и использованию фотозащитных средств | Да/Нет |

**2.161. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при меланоформном невусе (код по МКБ-10: D22)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнена биопсия кожи открытым доступом (новообразование, подозрительное на злокачественное) | Да/Нет |

**2.162. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при миоме матки (коды по МКБ-10: D25, D26, O34.1, D39.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Назначена медикаментозная терапия для купирования симптомов (аномальные маточные кровотечения, болевой синдром) | Да/Нет |

**2.163. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при миоме матки (коды по МКБ-10: D25, D26, O34.1, D39.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение лекарственными препаратами для купирования симптомов (аномальные маточные кровотечения, болевой синдром) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (удаленного макропрепарата) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено оперативное лечение миомы матки | Да/Нет |

**2.164. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при миелодиспластическом синдроме. Миелодиспластических (миелопролиферативных) новообразованиях (коды по МКБ-10: D46: D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, C93.1, C92.2, C94.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование холестерина в крови, исследование глюкозы в крови | |
| 5. | Выполнены исследование железа в крови и исследование ферритина в крови | Да/Нет |

**2.165. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при миелодиспластическом синдроме. Миелодиспластических (миелопролиферативных) новообразованиях (коды по МКБ-10: D46: D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, C93.1, C92.2, C94.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование холестерина в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование железа в крови и исследование ферритина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) или получен гистологический препарат костного мозга и выполнено цитологическое и иммуноцитохимическое исследование отпечатков трепанобиоптата костного мозга | Да/Нет |
| 7. | Выполнено цитохимическое исследование количества сидеробластов и сидероцитов в костном мозге (при количестве бластных клеток менее 5% и эритроидном ростке более 10%) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) клеток костного мозга | Да/Нет |
| 9. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение иммунодепрессантами и (или) антиметаболитами, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | или антиметаболитами в сочетании с прочими противоопухолевыми средствами, или антиметаболитами в сочетании с антрациклинами и родственными соединениями и аналогами пиримидина, или аналогами пиримидина, или аналогами пиримидина в сочетании с прочими противоопухолевыми средствами (при наличии миелодиспластического синдрома или миелодиспластического/миелопролиферативного новообразования) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 11. | Выполнено HLA-типирование (пациентам, являющимися кандидатами для выполнения трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток) | Да/Нет |
| 12. | Выполнены цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) и общий (клинический) анализ крови расширенный с подсчетом лейкоцитарной формулы | Да/Нет |

**2.166. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (AL-амилоидоз) (коды по МКБ-10: C90 (кроме C90.0, C90.1, C90.2, C90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование уровня общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование холестерина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнены определение соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации и исследование иммуноглобулинов в крови с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов | Да/Нет |
| 7. | Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем стернальной пункции и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |

**2.167. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (AL-амилоидоз) (коды по МКБ-10: C90 (кроме C90.0,**

**C90.1, C90.2, C90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование уровня общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование холестерина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнены определение соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации и исследование иммуноглобулинов в крови с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов. | Да/Нет |
| 7. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности (костного мозга и (или) слюнной железы (малой), и (или) 12-перстной кишки, и (или) прямой кишки) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем стернальной пункции и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография всех костей скелета (низкодозовая) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в монорежиме или различными комбинациями других противоопухолевых средств и (или) алкилирующих средств, и (или) аналогов азотистого иприта, и (или) моноклональных антител, и (или) другими иммунодепрессантами и глюкортикоидами) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнены оценка эффективности лечения (иммунохимическое исследование крови с определением свободных и легких цепей методом нефелометрии и иммунохимическое исследование мочи, а также оценка биомаркеров пораженных органов (N-терминального фрагмента | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP), определение белка в суточной моче, исследование креатинина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови) | |
| 12. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнены исследование N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) в крови и исследование тропонина Т в крови и исследование тропонина I в крови пациенту при установке диагноза AL-амилоидоза при первичном или повторном приеме и при подозрении на рецидив заболевания | Да/Нет |

**2.168. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при плазмоклеточном лейкозе (код по МКБ-10: С90.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография всех отделов позвоночника, компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография области таза (низкодозная компьютерная томография всего скелета) или позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |

**2.169. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при плазмоклеточном лейкозе (код по МКБ-10: С90.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование калия в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение соотношения белковых фракций в крови и моче методом электрофореза с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов (кроме пациентов с несекретирующей, вялотекущей миеломой и миеломой легких цепей) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови и моче методом иммунофиксации с количественным определением уровня М-градиента | Да/Нет |
| 8. | Выполнено цитологическое исследование костного мозга путем стернальной пункции с цитологическим исследованием (миелограмма) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография всех отделов позвоночника, компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография области таза (низкодозная компьютерная томография всего скелета) или позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |
| 10. | Выполнена терапия в монорежиме или различными комбинациями других противоопухолевых препаратов и (или) других иммунодепрессантов, и (или) аналогов азотистого иприта, и (или) алкилирующих препаратов, и (или) антрациклинов и родственных соединений, и (или) прочих противоопухолевых препаратов, и (или) моноклональных антител и глюкокортикоидов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнены оценка эффективности терапии (иммунохимическое исследование крови с определением свободных и легких цепей методом нефелометрии и иммунохимическое исследование мочии и оценка биомаркеров пораженных органов (N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP), определение белка в суточной моче, исследование креатинина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена коррекция или смена терапии (пациенту с рецидивом плазмоклеточного лейкоза) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.170. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при забрюшинных неорганных саркомах (коды по МКБ-10: C48.0, C48.8)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена сцинтиграфия почек при высоком риске развития почечной недостаточности, особенно в тех случаях, когда планируется нефрэктомия на стороне поражения с целью оценки функции контралатеральной почки | Да/Нет |
| 2. | Выполнена предоперационная пункционная чрескожная биопсия (core-биопсия) у пациента с местно-распространенным процессом с указанием гистологического типа и степени злокачественности (G) | Да/Нет |

**2.171. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при забрюшинных неорганных саркомах (коды по МКБ-10: C48.0, C48.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки, компьютерная томография брюшной полости и компьютерная томография малого таза с внутривенным и пероральным контрастированием | Да/Нет |
| 2. | Выполнено радикальное хирургическое вмешательство пациенту с операбельным локализованным или местно-распространенным процессом, способному перенести операцию | Да/Нет |
| 3. | Выполнено проведение онкологического консилиума в составе врача-хирурга, врача-онколога, врача-радиотерапевта, врача-рентгенолога, врача-патологоанатома перед хирургическим лечением | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с указанием параметров в соответствии с рекомендациями (у пациентов, получивших хирургическое лечение), указанием степени злокачественности (G), степени патоморфоза (в случае если проводилась предоперационная лучевая или химиотерапия) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лекарственная терапия при нерезектабельной и (или) метастатической опухоли | Да/Нет |

**2.172. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гемангиоме инфантильной (код по МКБ-10: D18.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализа крови развернутый всем пациентам с подозрением на инфантильную гемангиому до начала терапии и после ее завершения | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография пациентам, получающим пропранолол (до начала терапии и в процессе лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная пациентам, получающим | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | пропранолол (до начала терапии и в процессе лечения) | |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование печени при наличии множественных гемангиом на коже или диссеминированном (милиарном) гемангиоматозе | Да/Нет |

**2.173. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гемангиоме инфантильной (код по МКБ-10: D18.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализа крови развернутый всем пациентам с подозрением на инфантильную гемангиому до начала терапии и после ее завершения | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография пациентам, получающим пропранолол (до начала терапии и в процессе лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная пациентам, получающим пропранолол (до начала терапии и в процессе лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при подозрении на PHACE синдром) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электроэнцефалография (при подозрении на PHACE синдром) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование тиреотропного гормона в крови, исследование свободного трийодтиронина в крови, исследование свободного тироксина в крови при подозрении или при наличии PHACE синдрома, а также мультифокального или диффузного гемангиоматоза печени | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при подозрении на синдром LUMBAR/PELVIS/SACRAL) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование органов малого таза при подозрении на синдром LUMBAR/PELVIS/SACRAL (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование печени при наличии множественных гемангиом на коже или при диссеминированном или милиарном гемангиоматозе | Да/Нет |
| 10. | Выполнены магнитно-резонансная томография и (или) компьютерная томография с контрастным усилением выбранных областей (пациентам с подозрением или наличием синдромальных форм инфантильной гемангиомы) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение пропранололом и (или) хирургическое лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | противопоказаний) | |

**2.174. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при интраокулярной ретинобластоме (код по МКБ-10: C69.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный с оценкой состояния органа зрения (при установлении диагноза и при планировании лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование глаза, и ультразвуковое исследование глазницы, и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и ультразвуковое исследование шейных лимфатических узлов и предушных зон (при установлении диагноза, при планировании лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача - детского онколога первичный (при установлении диагноза и при планировании лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная томография глазниц и магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (с дополнительным исследованием спинного мозга при наличии хотя бы одного из нижеперечисленных признаков: интракраниальное распространение опухоли, опухоли пинеальной или супраселлярной области, метастазы в головном мозге) (при установлении диагноза и отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный с назначением комплексного молекулярно-генетического обследования (гена RB1) (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**2.175. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при интраокулярной ретинобластоме (код по МКБ-10: C69.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный с оценкой состояния органа зрения (при установлении диагноза и при планировании лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование глаза и ультразвуковое исследование глазницы, и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и ультразвуковое исследование шейных лимфатических узлов и предушных зон (при установлении диагноза, при планировании лечения) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача - детского онколога первичный (при установлении диагноза и при планировании лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная томография глазниц и магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (с дополнительным исследованием спинного мозга при наличии хотя бы одного из нижеперечисленных признаков: интракраниальное распространение опухоли, опухоли пинеальной или супраселлярной области, метастазы в головном мозге) (при установлении диагноза и отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено цитологическое исследование костного мозга при выявлении экстраокулярной формы заболевания (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости при выявлении экстраокулярной формы заболевания (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены сцинтиграфия костей скелета и сцинтиграфия мягких тканей при выявлении экстраокулярной формы заболевания (при установлении диагноза и при планировании лечения) (для пациентов старше 1 года) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный с назначением комплексного молекулярно-генетического обследования (гена RB1) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено хирургическое лечение (органосохраняющее или энуклеация глаза) | Да/Нет |

**2.176. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при саркоме Калоши (коды по МКБ-10: C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8, C46.9, B21.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование крови на наличие специфических антител к HHV-8 | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-онколога первичный при выявлении саркомы Капоши для определения тактики лечения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови и определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 в крови для исключения ассоциации с ВИЧ-инфекцией | Да/Нет |

**2.177. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при саркоме Капоши (коды по МКБ-10: C46.0, C46.1, C46.2, C46.3, C46.7, C46.8 C46.9, B21.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено хирургическое лечение и (или) лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами, и (или) лучевая терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.178. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при доброкачественных образованиях головы и шеи (коды по МКБ-10: D10.0 - D10.3, D11.0, D11.7, D11.9, D13.0, D14.0, D16.0, D17.0, D18.0, D18.1, D19.0, D21.0, D22.0, D23.0 - D23.4, D36.0, D36.7, D36.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа и компьютерная томография области шеи или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа и магнитно-резонансная томография области шеи (в зависимости от локализации образования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено хирургическое лечение и (или) консервативное лечение | Да/Нет |
| 3. | Выполнено реконструктивно-пластическое восстановление (при наличии дефекта) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены контроль гемостаза, раневого процесса и купирование послеоперационного болевого синдрома, проведение противоотечной терапии, ежедневная санация ран растворами антисептиков для профилактики развития осложнений | Да/Нет |

**2.179. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественных образованиях головы и шеи (коды по МКБ-10: D10.0 - D10.3, D11.0, D11.7, D11.9, D13.0, D14.0, D16.0, D17.0, D18.0, D18.1, D19.0, D21.0, D22.0, D23.0 - D23.4, D36.0, CD36.7, D36.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом - челюстно-лицевым хирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала на койках челюстно-лицевой хирургии в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнены компьютерная томография лицевого отдела черепа и компьютерная томография области шеи или магнитно-резонансная томография лицевого отдела черепа и магнитно-резонансная томография области шеи (в зависимости от локализации образования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение и (или) консервативное лечение | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено реконструктивно-пластическое восстановление (при наличии дефекта) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен контроль гемостаза, раневого процесса и купирование послеоперационного болевого синдрома, проведение противоотечной терапии, ежедневная санация ран растворами антисептиков для профилактики развития осложнений | Да/Нет |

**2.180. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при мальформации кровеносных сосудов головы и шеи (коды по МКБ-10: D10.0, D18, Q25.8, Q25.9, Q26.8, Q26.9, Q27, Q28.8, Q28.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - челюстно-лицевого хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка размера, объема, формы образования; исследована деформация контуров лица и шеи, эстетические параметры лица | Да/Нет |
| 3. | Выполнено пальпаторное исследование для выявления пульсации мягких тканей в области поражения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено дуплексное сканирование сосудов челюстно-лицевой области с оценкой структуры сосудистого образования, локализации, определения типа и скорости кровотока | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томографическая ангиография (взрослым пациентам) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена ларингоскопия и (или) риноскопия, и (или) эзофагогастроскопия (пациентам с функциональными нарушениями дыхания и глотания) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием при наличии обширных венозных мальформаций или артериовенозных мальформаций или смешанных мальформаций, локализующихся в сложных анатомо-топографических областях | Да/Нет |
| 8. | Выполнено удаление артерио-венозной мальформации с предварительной эндоваскулярной окклюзией сосудов при артериовенозных мальформациях взрослому населению | Да/Нет |
| 9. | Выполнено удаление сосудистой мальформации с пластикой раны местными тканями (при поражении одной и (или) двух анатомических областей) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача - челюстно-лицевого хирурга повторный после завершения лечения через 6 и 12 месяцев | Да/Нет |

**2.181. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при мальформации кровеносных сосудов головы и шеи (коды по МКБ-10: D10.0, D18, Q25.8,**

**Q25.9, Q26.8, Q26.9, Q27, Q28.8, Q28.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - челюстно-лицевого хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка размера, объема, формы образования; исследована деформация контуров лица и шеи, эстетические параметры лица | Да/Нет |
| 3. | Выполнено пальпаторное исследование для выявления пульсации мягких тканей в области поражения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено дуплексное сканирование сосудов челюстно-лицевой области с оценкой структуры сосудистого образования, локализации, определения типа и скорости кровотока | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томографическая ангиография взрослому населению | Да/Нет |
| 6. | Выполнены ларингоскопия и (или) риноскопия, и (или) эзофагогастроскопия (пациентам с функциональными нарушениями дыхания и глотания) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена магнитно-резонансная томография мягких тканей с внутривенным контрастированием при наличии обширных венозных мальформаций или артериовенозных мальформаций или смешанных мальформаций, локализующихся в сложных анатомо-топографических областях | Да/Нет |
| 8. | Выполнено удаление артерио-венозной мальформации с предварительной эндоваскулярной окклюзией сосудов при артериовенозных мальформациях (у пациентов возрастной категории "взрослые") | Да/Нет |
| 9. | Выполнено удаление сосудистой мальформации с пластикой раны местными тканями (при поражении одной и (или) двух анатомических областей) | Да/Нет |

**2.182. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (POEMS синдром) (коды по МКБ-10: C90 (кроме C90.0, C90.1, C90.2, C90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование уровня общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование холестерина в крови | |

**2.183. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (POEMS синдром) (коды по МКБ-10: C90 (кроме C90.0, C90.1, C90.2, C90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование уровня общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование холестерина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография всего тела (низкодозовая) или позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |
| 6. | Выполнены определение соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации и исследование иммуноглобулинов в крови с количественным определением моноклонального и поликлональных иммуноглобулинов | Да/Нет |
| 7. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в монорежиме или различными комбинациями других противоопухолевых средств, и (или) алкилирующих средств, и (или) аналогов азотистого иприта, и (или) моноклональных антител, и (или) другими иммунодепрессантами и глюкортикоидами) (в зависимости от | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 10. | Выполнена оценка эффективности лечения (иммунохимическое исследование крови с определением свободных и легких цепей методом нефелометрии и иммунохимическое исследование мочи, а также оценка биомаркеров пораженных органов (N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP), определение белка в суточной моче, исследование креатинина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или резистентном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**2.184. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (моноклональная гаммапатия с почечным значением (МГПЗ) (коды по МКБ-10: C90 (кроме C90.0, C90.1, C90.2, C90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование уровня общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование холестерина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография всего тела (низкодозовая) или позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |

**2.185. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при других плазмоклеточных новообразованиях (моноклональная гаммапатия с почечным значением (МГПЗ) (коды по МКБ-10: C90 (кроме C90.0, C90.1, C90.2, C90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование уровня общего белка в крови, исследование альбумина в крови, определение активности лактат дегидрогеназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование холестерина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнены иммунохимическое исследование крови и мочи с определением соотношения белковых фракций методом электрофореза и исследование моноклональности иммуноглобулинов в крови методом иммунофиксации и исследование моноклональности иммуноглобулинов в моче методом иммунофиксации | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом | Да/Нет |
| 8. | Выполнены получение цитологического препарата костного мозга и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов | Да/Нет |
| 10. | Выполнена компьютерная томография всего тела (низкодозовая) или позитронно-эмиссионная томография всего тела, совмещенная с компьютерной томографией | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение противоопухолевыми лекарственными препаратами (в монорежиме или различными комбинациями других противоопухолевых средств и (или) алкилирующих средств, и (или) аналогов азотистого иприта, и (или) моноклональных антител, и (или) других иммунодепрессантов, и (или) ингибиторов протеинкиназ, и (или) антиметаболитов, и (или) аналогов пурина, и (или) прочими противоопухолевыми препаратами и глюкортикоидами) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка эффективности терапии | Да/Нет |
| 13. | Выполнена коррекция или смена терапии (при развитии рецидива или при резистентном течении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ, ВОВЛЕКАЮЩИХ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ**

**3.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при железодефицитной анемии (коды по МКБ-10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, E61.1, O99.0, D53.8, D62)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование ферритина в крови и исследование железа в крови и расчет коэффициента насыщения трансферрина железом в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия (женщинам в постменопаузе и всем мужчинам) | Да/Нет |
| 6. | Назначены препараты двухвалентного железа (перорально) или препараты трехвалентного железа, (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при железодефицитной анемии (коды по МКБ-10: D50, D50.0, D50.1, D50.8, D50.9, E61.1, O99.0, D53.8, D62)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование ферритина в крови и исследование железа в крови и расчет коэффициента насыщения трансферрина железом в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | глютамилтрансферазы в крови | |
| 5. | Выполнены эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия (женщинам в постменопаузе и всем мужчинам) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение препаратами трехвалентного железа (парентерально) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при витамине B12 дефицитной анемии (коды по МКБ-10: D51.0, D51.1, D51.3, D51.8, D51.9, D53.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование витамина B12 (цианокобаламин) в крови и исследование витамина B9 (фолиевая кислота) в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при диагностике) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение цианокобаламином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Назначена поддерживающая терапия цианокобаламином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка эффективности лечения (цианокобаламином) | Да/Нет |

**3.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при витамине B12 дефицитной анемии (коды по МКБ-10: D51.0, D51.1, D51.3, D51.8, D51.9, D53.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, определение активности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови | |
| 3. | Выполнены исследование ферритина в крови, исследование железа в крови и расчет коэффициента насыщения трансферрина железом в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование витамина B12 (цианокобаламин) в крови и исследование витамина B9 (фолиевая кислота) в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при диагностике) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение цианокобаламином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка эффективности лечения (цианокобаламином) | Да/Нет |

**3.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при фолиеводефицитной анемии (код по МКБ-10: D52)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование витамина B12 (цианокобаламин) в крови и исследование витамина B9 (фолиевая кислота) в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение фолиевой кислотой (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при фолиеводефицитной анемии (код по МКБ-10: D52)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование витамина B12 (цианокобаламин) в крови и исследование витамина B9 (фолиевая кислота) в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено исследование ферритина в крови и исследование железа в крови и расчет коэффициента насыщения трансферрина железом в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение фолиевой кислотой (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка эффективности лечения (фолиевой кислотой) | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение фолиевой кислотой (в соответствии с инструкцией по медицинскому применению) профилактически пациентам с риском развития дефицита фолатов (пациенты с наследственными гемолитическими анемиями, с гипергомоцистеинемией, ассоциированной с мутациями генов фолатного цикла (кодирующих фермент метилентатрагидрофолатредуктазу, метионин-синтазу, метионин-синтазу-редуктазу, получающие лечение антиметаболитами (препаратами-антагонистами фолиевой кислоты), беременные женщины, с синдромом мальабсорбции (целиакия, хроническими воспалительные заболевания кишечника), находящиеся на программном гемодиализе) | Да/Нет |

**3.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при серповидно-клеточных нарушениях (код по МКБ-10: D57)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование белковых фракций в крови методом электрофореза, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено выявление типов гемоглобина (при диагностике) | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение гидроксикарбамидом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | противопоказаний) | |

**3.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при серповидно-клеточных нарушениях (код по МКБ-10: D57)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование белковых фракций в крови методом электрофореза, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено выявление типов гемоглобина (при диагностике) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение гидроксикарбамидом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование внечерепного отдела брахиоцефальных артерий с функциональными пробами или магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная ангиография внутричерепных артерий пациенту с серповидно-клеточной болезнью | Да/Нет |
| 8. | Выполнена магнитно-резонансная томография костной ткани или выполнено ультразвуковое исследование кости для выявления остеонекроза и аномалий костей и суставов пациентам с подозрением на серповидно-клеточную болезнь (при невозможности проведения магнитно-резонансной томографии) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены прием (консультация) врача-офтальмолога первичный с расширенным зрачком с использованием широкополосного непрямого офтальмоскопа (щелевая лампа) (офтальмоскопия), оценка кровотока в сетчатке методом флюоресцентной ангиографии пациенту с серповидно-клеточной болезнью | Да/Нет |

**3.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при пароксизмальной ночной гемоглобинурии (код по МКБ-10: D59.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование ферритина в крови, исследование общей железосвязывающей способности в крови колориметрическим методом, исследование свободного гемоглобина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование вен нижних конечностей и эхокардиография трансторакальная (при диагностике) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (при диагностике) | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение экулизумабом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при пароксизмальной ночной гемоглобинурии (код по МКБ-10: D59.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование клона пароксизмальной ночной гемоглобинурии методом проточной цитометрии (при диагностике) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 4. | Выполнены определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование ферритина в крови, исследование общей железосвязывающей способности в крови колориметрическим методом, исследование свободного гемоглобина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование вен нижних конечностей и эхокардиография трансторакальная (при диагностике) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено получение цитологического препарата костного мозга путем пункции и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (при диагностике) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнены получение гистологического препарата костного мозга (трепанобиопсия) и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала пятой категории сложности с применением иммуногистохимических методов и цитогенетическое исследование (кариотип) костного мозга) (при диагностике) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение экулизумабом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при апластической анемии (коды по МКБ-10: D61.3, D61.8, D61.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гематолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный не менее 2 раз в неделю до достижения гематологического ответа, в дальнейшем - 1 раз в 1 месяц | Да/Нет |
| 3. | Выполнена гемотрансфузия (эритроцитная масса и (или) тромбоцитный концентрат) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при развитии анемического синдрома, кровотечения, высокого риска геморрагического синдрома) | Да/Нет |

**3.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при апластической анемии (коды по МКБ-10: D61.3, D61.8, D61.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гематолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный не менее 2 раз в неделю до достижения гематологического ответа, в дальнейшем - 1 раз в 1 месяц | Да/Нет |
| 3. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза и подозрении на рецидив заболевания, трансформации в миелодиспластический синдром или гемобластоз) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение делеции 7q/моносомии 7 в суспензии клеток (мазках, отпечатках) опухоли методом флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) и цитогенетическое исследование костного мозга (кариотип) (при диагностике) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитогенетическое исследование крови (проба с диэпоксибутаном) (при диагностике) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование крови для определения клона | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | пароксизмальной ночной гемоглобинурии (клеток крови с дефицитом гликозилфосфатидилинозитол белков) (при диагностике) | |
| 7. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование гистосовместимости (HLA ДНК-типирование по низкому разрешению) для выявления родственного геноидентичного донора костного мозга (при диагностике при наличии сиблингов) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лошадиным антитимоцитарным глобулином (АТГ) и (или) циклоспорином, и (или) элтромбопагом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) всем пациентам, не имеющим HLA-геноидентичного донора или при наличии у донора противопоказаний к донации | Да/Нет |
| 9. | Выполнена гемотрансфузия (эритроцитная масса и (или) тромбоцитный концентрат) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (при развитии анемического синдрома, кровотечения, высокого риска геморрагического синдрома) | Да/Нет |

**3.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при анемии при злокачественных новообразованиях (код по МКБ-10: D63.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 4. | Выполнены определение уровня железа в крови, исследование ферритина в крови, исследование насыщения трансферрина железом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено эндоскопическое исследование (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены рентгенография и (или) компьютерная томография (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование костного мозга (пациентам с подозрением на анемию, вызванную нарушением костномозгового кроветворения, метастазами в костный мозг или иными причинами, отличными от основного злокачественного заболевания) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена трансфузия эритроцитсодержащих компонентов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Назначено лечение эритропоэзстимулирующими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских противопоказаний) | |
| 11. | Назначено лечение лекарственными препаратами железа при железодефицитной анемии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при анемии при злокачественных новообразованиях (код по МКБ-10: D63.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение уровня железа в крови, исследование ферритина в крови, исследование насыщения трансферрина железом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено эндоскопическое исследование (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены рентгенография и (или) компьютерная томография (при подозрении на развитие внутреннего кровотечения) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование костного мозга (пациентам с подозрением на анемию, вызванную нарушением костномозгового кроветворения, метастазами в костный мозг или иными причинами, отличными от основного злокачественного заболевания) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена трансфузия эритроцитсодержащих компонентов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение эритропоэзстимулирующими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение препаратами железа при железодефицитной анемии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при анемии при хронической болезни почек (код по МКБ-10: D63.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование железа в крови и исследование насыщения трансферрина железом, и исследование ферритина в крови | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение лекарственными препаратами двухвалентного железа (перорально) или лекарственными препаратами трехвалентного железа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение эритропоэзстимулирующими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при анемии при хронической болезни почек (код по МКБ-10: D63.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование железа в крови, исследование насыщения трансферрина железом, исследование ферритина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение препаратами двухвалентного железа (перорально) или препаратами трехвалентного железа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение эритропоэзстимулирующими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гемофилии (код МКБ-10: D66, D67)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб (заболевания и семейного анамнеза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | системы гемостаза) | |
| 5. | Назначена специфическая заместительная терапия факторами свертывания крови | Да/Нет |

**3.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гемофилии (код МКБ-10: D66, D67)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб (заболевания и семейного анамнеза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено количественное исследование активности фактора VIII в крови клоттинговым методом, количественное исследование активности фактора IX в крови клоттинговым методом пациенту с геморрагическим синдромом и удлиненным активированным частичным тромбопластиновым временем | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение факторами свертывания крови (специфическая заместительная терапия) | Да/Нет |

**3.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при редких коагулопатиях: наследственный дефицит факторов свертывания крови II, VII, X (код МКБ-10: D68.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб (заболевания и семейного анамнеза, с уточнением наличия проявлений геморрагического синдрома) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение гемостатическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при редких коагулопатиях: наследственный дефицит факторов свертывания крови II, VII, X (код МКБ-10: D68.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб (заболевания и семейного анамнеза) (с уточнением наличия проявлений геморрагического синдрома) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование активности фактора V в крови клоттинговым методом, количественное, исследование активности фактора VII в крови количественное, исследование активности фактора VIII в крови клоттинговым методом, количественное, исследование активности фактора IX в крови клоттинговым методом, количественное, исследование активности фактора X в крови количественное пациенту с выявленными на первом этапе нарушениями гемостаза (увеличение активированного частичного тромбопластинового времени и (или) протромбинового времени, нормальные тромбиновое время и уровень фибриногена) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение гемостатическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре (ИТП) (код по МКБ-10: D69.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнена расширенная базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение глюкокортикостероидами или иммуноглобулином нормальным человеческим (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена коррекция терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре (код по МКБ-10: D69.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнена расширенная базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение глюкокортикостероидами или иммуноглобулином нормальным человеческим (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена коррекция терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови; определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови качественное и определение антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение суммарных антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови методом иммуноферментного анализа или определение антител к бледной трепонеме в нетрепонемных тестах (реакция микропреципитации и Rapid Plasma Reagins тест (качественное и полуколичественное исследование) в крови | Да/Нет |
| 12. | Выполнены определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus), к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови, определение антител класса G (IgG) к капсидному антигену (VCA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови, определение антител класса G (IgG) к нуклеарному антигену (NA) вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови, определение антител к вирусу ветряной оспы и опоясывающего лишая (Varicella-Zoster virus) в крови и определение антител к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови | Да/Нет |
| 13. | Выполнено исследование иммуноглобулинов в крови (Ig G, M, A) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен анализ на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori) любым | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | доступным методом: иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori); 13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori); определение антител к хеликобактер пилори в крови; микробиологическое (культуральное) исследование биоптата стенки желудка на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori); молекулярно-биологическое исследование кала на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori); микробиологическое исследование биоптата слизистой желудка или двенадцатиперстной кишки на хеликобактер пилори (Helicobacter pylori) | |
| 15. | Выполнено определение антител IgM к кардиолипину в крови методом иммуноферментного анализа, количественное и определение антител IgG к кардиолипину в крови методом иммуноферментного анализа, количественное | Да/Нет |
| 16. | Выполнено определение антител к бета-2-гликопротеину 1 IgM в крови методом иммуноферментного анализа, количественное и определение антител к бета-2-гликопротеину 1 IgG в крови методом иммуноферментного анализа, количественное | Да/Нет |
| 17. | Выполнено исследование волчаночного антикоагулянта в крови | Да/Нет |
| 18. | Выполнено исследование антинуклеарного фактора в крови | Да/Нет |
| 19. | Выполнено исследование антител к ДНК нативной в крови | Да/Нет |
| 20. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 21. | Выполнена пациенту рентгенография грудной клетки прицельная или компьютерная томография грудной клетки для исключения гиперплазии внутригрудных лимфоузлов и патологии органов грудной клетки | Да/Нет |

**3.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при иммунной тромбоцитопении (код по МКБ-10: D69.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный, и (или) прием (консультация) врача-гематолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра повторный, и (или) прием (консультация) врача-гематолога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (с оптическим подсчетом тромбоцитов по Фонио) | Да/Нет |

**3.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при иммунной тромбоцитопении (код по МКБ-10: D69.3)**

| N п/п | Критерий качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный и (или) прием (консультация) врача-гематолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра повторный, и (или) прием (консультация) врача-гематолога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (с оптическим подсчетом тромбоцитов по Фонио) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование ферритина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование железа в крови, исследование общего билирубина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение глюкокортикоидами и (или) иммуноглобулином человека нормальным (внутривенно), и (или) ритуксимабом, и (или) элтромбопагом, и (или) ромиплостимом, и (или) спленэктомия, и (или) спленэктомия с использованием видеоэндохирургических технологий (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при первичных иммунодефицитах с преимущественной недостаточностью синтеза антител (коды по МКБ-10: D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D80.9, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D83.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование иммуноглобулинов A, G, M в крови пациенту с подозрением на первичный иммунодефицит с преимущественной недостаточностью синтеза антител | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение маркера CD 19 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение маркера CD3 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии, определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии, определение маркера CD8 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии, определение маркера CD16 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии, и (или) определение маркера CD56 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено назначение исследования уровня изогемагглютининов крови и (или) исследование CD19 + CD27 + IgD - всем пациентам с подозрением на общую вариабельную иммунную недостаточность | Да/Нет |
| 5. | Выполнена диагностика вирусных инфекций методом полимеразной цепной реакции при диагностике сопутствующих вирусных инфекций | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 8. | Выполнены определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 9. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, общий (клинический) анализ мочи, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование претрансфузионного уровня IgG в крови до достижения целевого уровня (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией, получающему заместительную терапию иммуноглобулином человека нормальным) ежемесячно | Да/Нет |
| 11. | Выполнено направление на исследование претрансфузионного уровня IgG в крови после достижения целевых значений претрансфузионного уровня IgG (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией, получающему заместительную терапию иммуноглобулином человека нормальным) (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при диагностике) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (при диагностике) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено компьютерная томография грудной клетки не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 15. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 16. | Выполнен прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный | Да/Нет |
| 17. | Выполнена консультация врача-аллерголога-иммунолога не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 18. | Выполнено лечение иммуноглобулином человека нормальным при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | проведении заместительной терапии (ежемесячно) | |

**3.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при первичных иммунодефицитах с преимущественной недостаточностью синтеза антител (коды по МКБ-10: D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D80.9, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D83.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование иммуноглобулинов A, G, M в крови пациенту с подозрением на первичный иммунодефицит с преимущественной недостаточностью синтеза антител | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение маркера CD19 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение маркера CD3 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии, определение маркера CD4 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии, определение маркера CD8 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии, определение маркера CD16 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии, и (или) определение маркера CD56 в образце биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (пациенту с гипогаммаглобулинемией и агаммаглобулинемией) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена диагностика вирусных инфекций методом полимеразной цепной реакции при диагностике сопутствующих вирусных инфекций | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 7. | Выполнены определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена томография грудной клетки (при диагностике) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование поверхностных лимфатических узлов (при диагностике) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный | Да/Нет |

**3.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при наследственном ангиоотеке (код по МКБ-10: D84.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнены двукратно исследование ингибитора С1-эстеразы (С1-INH) в крови методом нефелометрии и определение функциональной активности С1-эстеразного ингибитора в крови методом иммуноферментного анализа при постановке диагноза "наследственный ангиоотек", или исследование ингибитора С1-эстеразы (С1-INH) в крови методом нефелометрии и определение функциональной активности С1-эстеразного ингибитора в крови методом иммуноферментного анализа, и назначение молекулярногенетического исследования мутаций в гене SERPING1 в крови методами секвенирования и количественной MLPA | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение исследования поиска клинически значимых мутаций в генах F12 и PLG и (при отсутствии указанных мутаций) полноэкзомное секвенирование у пациентов с нормальным уровнем С1-ИНГ (при диагностике) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога не реже 1 раза в год для контроля течения заболевания, коррекции терапии, своевременного выявления и контроля осложнений | Да/Нет |
| 5. | Выполнено генотипирование групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) (при диагностике) пациенту с наследственным ангиоотеком | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный и (или) осмотр врачом скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи всем пациентам с наследственным ангиоотеком с признаками отека верхних дыхательных путей | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный всем пациентам с наследственным ангиоотеком при выраженной абдоминальной атаке и отсутствии эффекта от использования препаратов для купирования атак у пациентов с наследственным ангиоотеком | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости пациентам при болях в животе и отсутствии эффекта от проводимой терапии | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение икатибанта и (или) ингибитора С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмы (при ангиоотеке верхних дыхательных путей, абдоминальной атаке) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение ингибитором С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмой (при отсутствии препарата) (беременной или кормящей пациентке) (при купировании ангиоотека верхних дыхательных путей, абдоминальной атаке, периферическом ангиоотеке) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнено назначение икатибанта и (или) ингибитора С1-эстеразы человека (для самостоятельного купирования острых атак в объеме не менее, чем на две атаки) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено назначение ингибитора С1-эстеразы человека (пациентке с наследственным ангиоотеком I и II типа на весь период беременности, родов и периода лактации) (для самостоятельного купирования острых атак в объеме не менее, чем на две атаки) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена госпитализация (перевод) в отделение оториноларингологии или реанимационное отделение при развитии ангиоотка в области гортани и неэффективности проводимой терапии | Да/Нет |
| 14. | Выполнено введение ингибитора С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмы (перед хирургическими вмешательствами или иными инвазивными медицинскими вмешательствами и исследованиями пациентам с наследственным ангиоотеком I и II тип) | Да/Нет |
| 15. | Выполнена оценка необходимости назначения долгосрочной профилактики (базисной терапии) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена отмена терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, антагонистами рецепторов ангиотензина II, эстрогенсодержащими препаратами, пациентам с наследственным ангиоотеком, если они эту терапию получали ранее | Да/Нет |

**3.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при наследственном ангиоотеке (код по МКБ-10: D84.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование ингибитора С1-эстеразы (С1-INH) в крови методом нефелометрии и определение функциональной активности С1-эстеразного ингибитора в крови методом иммуноферментного анализа при подозрении на наследственный ангиоотек | Да/Нет |
| 3. | Выполнено генотипирование групп крови по системе АВ0 и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) (при диагностике) пациенту с наследственным ангиоотеком | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный и (или) осмотр врачом скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи всем пациентам с наследственным ангиоотеком с признаками отека верхних дыхательных путей | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга (врача - детского хирурга) первичный всем пациентам с наследственным ангиоотеком при выраженной абдоминальной атаке и отсутствии эффекта от | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | использования препаратов для купирования атак у пациентов с наследственным ангиоотеком | |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости пациентам при болях в животе и отсутствии эффекта от проводимой терапии | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение икатибанта и (или) ингибитора С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмы (при ангиоотеке верхних дыхательных путей, абдоминальной атаке) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение ингибитором С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмой (при отсутствии препарата) (беременной или кормящей пациентке) (при купировании ангиоотека верхних дыхательных путей, абдоминальной атаке, периферическом ангиоотеке) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена госпитализация (перевод) в отделение оториноларингологии или реанимационное отделение при развитии ангиоотка в области гортани и неэффективности проводимой терапии | Да/Нет |
| 10. | Выполнена кониотомия или постановка временной трахеостомы или интубация трахеи при развитии ангиоотека дыхательных путей и при неэффективности лекарственной терапии | Да/Нет |
| 11. | Выполнено введение ингибитора С1-эстеразы человека или свежезамороженной плазмы (перед хирургическими вмешательствами или иными инвазивными медицинскими вмешательствами и исследованиями пациентам с наследственным ангиоотеком I и II тип) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка необходимости назначения долгосрочной профилактики (базисной терапии) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена отмена терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, антагонистами рецепторов ангиотензина II, эстрогенсодержащими лекарственными препаратами, пациентам с наследственным ангиоотеком, если они эту терапию получали ранее | Да/Нет |

**3.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при саркоидозе (код по МКБ-10: D86)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена спирометрия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена спиральная компьютерная томография легких (при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | |
| 6. | Выполнена электрокардиография при установлении диагноза | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование селезенки и ультразвуковое исследование печени при подозрении на генерализованный или внелегочный саркоидоз | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение диспансерного приема (осмотра, консультации) врача-пульмонолога или врача-терапевта, или врача общей практики (семейного врача), или врача-педиатра | Да/Нет |

**3.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при саркоидозе (код по МКБ-10: D86)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена спирометрия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена спиральная компьютерная томография легких (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена регистрация элекрокардиограммы при установлении диагноза | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование селезенки и ультразвуковое исследование печени при подозрении на генерализованный или внелегочный саркоидоз | Да/Нет |

**3.31. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при криопирин-ассоциированных периодических синдромах (других уточненных нарушениях с вовлечением иммунного механизма, не классифицированных в других рубриках) (код МКБ-10: D89.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения (Да/Нет) |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в месяц | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | после инициации или коррекции терапии и не реже 1 раза в 3 месяца после достижения ремиссии заболевания, оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения и (или) осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений и (или) побочных эффектов, и (или) стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего лечение генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом через 3 месяца и 6 месяцев после назначения или коррекции терапии и далее каждые 6 месяцев и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение лечения, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости лечения) | |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного), исследование креатинина в крови, исследование ферритина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование холестерина в крови (пациентам, получающим глюкокортикоиды, не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек, эхокардиография трансторакальная (не реже 1 раза в 6 месяца) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнена электрокардиография (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 13. | Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом при наличии лихорадки и (или) болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено введение канакинумаба или анакинры (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 16. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии) | Да/Нет |
| 17. | Выполнен диспансерный прием (консультация) врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 18. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и (или) с инфильтративными очагами в легких) | Да/Нет |
| 19. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией уха, горла и носа (далее - ЛОР-органов), не позднее чем через 7 календарных дней после дня выписки из стационара) | Да/Нет |
| 20. | Выполнен диспансерный прием (консультация) врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 21. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 22. | Выполнен прием (консультация) врача-нефролога первичный (пациентам с наличием протеинурии и (или) гематурии) | Да/Нет |
| 23. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости) | Да/Нет |

**3.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при криопирин-ассоциированных периодических синдромах (других уточненных нарушениях с вовлечением иммунного механизма, не классифицированных в других рубриках) (код МКБ-10:**

**D89.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии, оценкой значения индекса AIDAI и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости терапии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного), исследование креатинина в крови, исследование ферритина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование прокальцитонина в крови (при установлении диагноза и (или) пациентам с лихорадкой, и (или) перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение антистрептолизина-О в крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены определение протромбинового протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови, определение активности антитромбина III в крови, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование растворимых фибринмономерных комплексов в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, исследование плазминогена, исследование фибриногена в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением (коррекцией) терапии, и (или) пациентам, получающим антитромботические средства) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 9. | Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и (или) пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 10. | Выполнены определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК, определение содержания антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (c-ANCA), МПО (p-ANCA), определение антицентромерных антител в крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (при установлении диагноза), (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено определение антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 13. | Выполнены определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное, определение ДНК вируса простого герпеса 1, 2 типов (Herpes simplex virus 1, 2) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено определение антител IgM к вирусу Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови и определение антител IgG к вирусу Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 15. | Выполнены определение антител класса M (IgM) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови, определение антител класса G (IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 16. | Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex) (при установлении диагноза и (или) перед назначением (коррекцией) терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 17. | Выполнен комплекс исследований для диагностики криопирин-ассоциированных синдромов (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 18. | Выполнены общий (клинический) анализ мочи, исследование общего белка в суточной моче, исследование альбумина в моче (не реже 1 раза в 7 календарных дней) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 20. | Выполнены определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (Chlamydia psittaci) в крови, определение антител класса M (IgM) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови, определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 22. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 24. | Выполнена электрокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 25. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 26. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 27. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) | Да/Нет |
| 28. | Выполнена компьютерная томография сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 29. | Выполнена рентгенография височно-нижнечелюстного сустава и (или) рентгенография локтевого сустава, и (или) рентгенография лучезапястного сустава, и (или) рентгенография коленного сустава, и (или) рентгенография плечевого сустава, и (или) рентгенография тазобедренного сустава, и (или) рентгенография голеностопного сустава (при наличии артрита височно-нижнечелюстного сустава и (или) артрита локтевого сустава, и (или) артрита лучезапястного сустава, и (или) артрита коленного сустава, и (или) артрита плечевого сустава, и (или) артрита тазобедренного сустава, и (или) артрита голеностопного сустава и при невозможности выполнения компьютерной томографии сустава) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 30. | Выполнена магнитно-резонансная томография сустава (один сустав) (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 31. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 32. | Выполнены магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 33. | Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и (или) пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 34. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 35. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание) | Да/Нет |
| 36. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит) | Да/Нет |
| 37. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и (или) внутригрудных, и (или) внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое, онкогематологическое заболевание или лимфопролиферативное заболевание) | Да/Нет |
| 38. | Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам с фебрильной или гектической лихорадкой и (или) серозитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 39. | Выполнено лечение канакинумабом или анакинрой (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 40. | Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 41. | Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 42. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 43. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и (или) с инфильтративными очагами в легких) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 44. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР-органов, с проведением импедансометрии и тональной аудиометрии) | |
| 45. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 46. | Выполнен прием (консультация) врача-детского онколога первичный и (или) прием (консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено или выявлено онкологическое или онкогематологическое, или лимфопролиферативное заболевание, или метастатическое поражение) | Да/Нет |

**3.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при периодическом синдроме, ассоциированном с мутацией гена рецептора фактора некроза опухоли (TRAPS) (других уточненных нарушениях с вовлечением иммунного механизма, не классифицированных в других рубриках) (код МКБ-10: D89.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности терапии не реже 1 раза в месяц после инициации или коррекции терапии и не реже одного раза в 3 месяца после достижения ремиссии заболевания, оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения и (или) осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений и (или) побочных эффектов, и (или) стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего лечение генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом через 3 месяца и 6 месяцев после назначения или коррекции терапии и далее каждые 6 месяцев и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение лечения, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости терапии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного), исследование креатинина в крови, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование ферритина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | |
| 5. | Выполнено исследование холестерина в крови (пациентам, получающим глюкокортикоиды, не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (пациентам, получающим ингибиторы ФНО-альфа, не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек, эхокардиография трансторакальная (не реже 1 раза в 6 месяца) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена электрокардиография (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 14. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 15. | Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом (при наличии лихорадки и (или) болевого синдрома) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено введение канакинумаба или тоцилизумаба, или этанерцепта (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено лечение безвременника осеннего семян экстрактом/колхицином (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 18. | Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 19. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 20. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и (или) с инфильтративными очагами в легких) | Да/Нет |
| 21. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии) | Да/Нет |
| 22. | Выполнен диспансерный прием (консультация) врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 23. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара) | Да/Нет |
| 24. | Выполнен диспансерный прием (консультация) врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 25. | Выполнен прием (консультация) врача-нефролога первичный (пациентам с наличием протеинурии и (или) гематурии) | Да/Нет |
| 26. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости) | Да/Нет |

**3.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при периодическом синдроме, ассоциированном с мутацией гена рецептора фактора некроза опухоли (TRAPS) (других уточненных нарушениях с вовлечением иммунного механизма, не классифицированных в других рубриках) (код МКБ-10: D89.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии, оценкой значения индекса AIDAI и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение лечения, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного), исследование креатинина в крови, исследование ферритина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция, определение активности лактатдегидрогеназы, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование Холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование прокальцитонина в крови (при установлении диагноза, и (или) пациентам с лихорадкой, и (или) перед назначением (коррекцией) терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение антистрептолизина-О в крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены определение протромбинового протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови, определение активности антитромбина III в крови, исследование растворимых фибринмономерных комплексов в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, исследование плазминогена, исследование фибриногена в крови (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и (или) пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 10. | Выполнены определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (при установлении диагноза и (или) пациентам, получающим ингибиторы ФНО-альфа), определение содержания антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (c-ANCA), МПО (p-ANCA), определение антицентромерных антител в крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (при установлении диагноза), (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 11. | Выполнено исследование иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено определение антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 13. | Выполнены определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное, определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное, определение ДНК вируса простого герпеса 1, 2 типов (Herpes simplex virus 1, 2) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 14. | Выполнены определение антител IgM к вирусу Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови и определение антител IgG к вирусу Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 15. | Выполнены определение антител класса M (IgM) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови, определение антител класса G (IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 17. | Выполнен комплекс исследований для диагностики криопирин-ассоциированных синдромов (выявлены варианты в гене TNFRSF1A) | Да/Нет |
| 18. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи, исследование общего белка в суточной моче, исследование альбумина в моче (не реже 1 раза в 7 календарных дней) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 19. | Выполнены определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | enterica) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 20. | Выполнены определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (Chlamydia psittaci) в крови, определение антител класса M (IgM) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови, определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 22. | Выполнены микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при установлении диагноза, и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 24. | Выполнена электрокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 25. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 26. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 27. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 28. | Выполнена компьютерная томография сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 29. | Выполнены рентгенография височно-нижнечелюстного сустава, и (или) рентгенография локтевого сустава, и (или) рентгенография лучезапястного сустава, и (или) рентгенография коленного сустава, и (или) рентгенография плечевого сустава, и (или) рентгенография тазобедренного сустава, и (или) рентгенография голеностопного сустава (при наличии артрита височно-нижнечелюстного сустава, и (или) артрита локтевого сустава, и (или) артрита лучезапястного сустава, и (или) артрита коленного сустава, и (или) артрита плечевого сустава, и (или) артрита тазобедренного сустава, и (или) артрита голеностопного сустава и при невозможности выполнения компьютерной томографии сустава) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 30. | Выполнена магнитно-резонансная томография сустава (один сустав) (при наличии болей в суставе, и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 31. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением (коррекцией) терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 32. | Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением (коррекцией) терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 33. | Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и (или) пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника) | Да/Нет |
| 34. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 35. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание) | Да/Нет |
| 36. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 37. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и (или) внутригрудных, и (или) внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое, онкогематологическое заболевание или лимфопролиферативное заболевание) | Да/Нет |
| 38. | Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам с фебрильной или гектической лихорадкой и (или) с серозитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 39. | Выполнено лечение канакинумабом или тоцилизумабом, или этанерцептом, и (или) безвременника осеннего семян экстрактом (колхицином) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 40. | Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 41. | Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 42. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 43. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и (или) с инфильтративными очагами в легких) | Да/Нет |
| 44. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 45. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР-органов, с проведением импедансометрии и тональной аудиометрии) | Да/Нет |
| 46. | Выполнен прием (консультация) врача - детского онколога первичный и (или) прием (консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено или выявлено онкологическое или онкогематологическое, или лимфопролиферативное заболевание, или метастатическое поражение) | Да/Нет |

**3.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при приобретенной чистой красноклеточной аплазии (эритробластопении) (коды по МКБ-10: D60.0, D60.1, D60.8, D60.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный с исследованием уровня ретикулоцитов | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и определение активности лактатдегидрогеназы в крови, и определение креатинина в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование витамина B12 (цианокобаламина) в крови, и исследование витамина B9 (фолиевая кислота) в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование ферритина в крови и исследование железа в крови и расчет коэффициента насыщения трансферрина железом в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены получение цитологического препарата путем пункции (стернальная пункция) и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограммы) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при первичной диагностике) | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение циклоспорином в режиме монотерапии или в сочетании с преднизолоном (пациентам с идиопатической (первичной) парциальной красноклеточной аплазией, пациентам с рефрактерным течением вторичных форм парциальной красноклеточной аплазии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при приобретенной чистой красноклеточной аплазии (эритробластопении) (коды по МКБ-10: D60.0, D60.1, D60.8, D60.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный с исследованием уровня ретикулоцитов | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, и определение активности лактатдегидрогеназы в крови, и определение креатинина в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование витамина B12 | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (цианокобаламина) в крови, и исследование витамина B9 (фолиевая кислота) в крови | |
| 4. | Выполнены исследование ферритина в крови и исследование железа в крови и расчет коэффициента насыщения трансферрина железом в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено получение цитологического препарата путем пункции (стернальная пункция) и цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограммы) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены определение ДНК парвовируса B19 (Parvovirus B19) в биопсийном (операционном) материале или пунктате методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное и (или) определение антител IgM к парвовирусу B19 (Parvovirus B19) в крови методом иммуноферментного анализа | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при первичной диагностике) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение иммуноглобулином человека нормальным (пациентам с парциальной красноклеточной аплазией, ассоциированной с парвовирусом B19) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение циклоспорином в режиме монотерапии или в сочетании с преднизолоном (пациентам с идиопатической (первичной) парциальной красноклеточной аплазией, пациентам с рефрактерным течением вторичных форм парциальной красноклеточной аплазии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**3.37. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при апластической анемии (коды по МКБ-10: D61.1, D61.3, D61.8, D61.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование ретикулоцитов в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |

**3.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при апластической анемии (коды по МКБ-10: D61.1, D61.3, D61.8, D61.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование ретикулоцитов в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограммы) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга | Да/Нет |
| 7. | Выполнены цитогенетическое исследование (кариотип) клеток костного мозга и (или) молекулярно-цитогенетическое исследование методом флуоресцентной гибридизации in situ (FISH) на одну пару хромосом | Да/Нет |
| 8. | Выполнена консультация в отделении (блоке) трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток (пациентам, являющимися кандидатами для выполнения трансплантации аллогенных гемопоэтических стволовых клеток) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено иммунофенотипирование клеток расширенной панелью маркеров, включая флюоресцентно-меченый аэролизин (FLAER) (для выявления клона пароксизмальной ночной гемоглобинурии) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение циклоспорином (пациентам без родственного HLA-идентичного донора или старше 40 лет) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение циклоспорином (пациенту с рецидивом, развившимся на фоне снижения дозы или отмены циклоспорина) | Да/Нет |

**3.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гемолитико-уремическом синдроме (код по МКБ-10: D59.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена вакцинация против Neisseria meningitidis вакциной для профилактики менингококковых инфекций серогрупп A, C, W, Y, полисахаридной, конъюгированной или вакциной для профилактики менингококковых инфекций (олигосахаридная конъюгированная серогрупп ACW135Y) перед началом лечения экулизумабом или назначены препараты групп пенициллины широкого спектра действия, пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам, другие бета-лактамные антибактериальные препараты при срочном начале лечения экулизумабом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено генетическое исследование системы комплемента при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | атипичном гемолитико-уремическом синдроме и при подготовке к трансплантации при любой форме тромботической микроангиопатии | |

**3.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гемолитико-уремическом синдроме (код по МКБ-10: D59.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный с исследованием фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) по мазку крови при первичной диагностике | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование хлоридов в крови при первичной диагностике и при динамическом контроле | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование C3 фракции комплемента в крови и исследование C4 фракции комплемента в крови пациентам с подозрением на атипичный гемолитико-уремический синдром | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) и непрямой антиглобулиновый тест (непрямая проба Кумбса) однократно при установлении диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование уровня буферных оснований в крови, водородных ионов (pH) крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи всем пациентам (при наличии мочи) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены исследование гомоцистеина в крови, исследование витамина B12 (цианокобаламина) в крови, и исследование витамина B9 (фолиевая кислота) в крови при подозрении на метилмалоновую ацидемию с дефицитом кобаламина C (cblC) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены бактериологическое, и (или) серологическое исследование, и (или) полимеразная цепная реакция кала для выявления STEC-инфекции (комплекс исследований на диарогенный эшерихиоз, вызванный инфекцией Escherichia Coli (EPEC/ETEC/EIEC/EHEC/EAgEC) при первичной диагностике | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение активности металлопротеиназы ADAMTS13 в плазме крови однократное в острый период заболевания пациентам с тромботической микроангиопатией | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнены исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови клоттинговым методом с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения), исследование активированного частичного тромбопластинового времени в крови клоттинговым методом, исследование концентрации фибриногена в крови клоттинговым методом, исследование концентрации D-димера в крови количественное, антиХа-активность | Да/Нет |
| 12. | Выполнены иммунологическое обследование для диагностики аутоиммунных заболеваний (определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК, определение содержания антител к ДНК нативной, определение содержания антител к ДНК денатурированной, определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену, комплекс исследований для диагностики системной красной волчанки (волчаночный антикоагулянт), определение содержания антител к бета-2-гликопротеину в крови, определение содержания антител к кардиолипину в крови) при первичной диагностике атипичного гемолитико-уремического синдрома ребенку возраста от 7 до 17 лет включительно с симптомокомплексом тромботической микроангиопатии, исследования при необходимости исключения системных заболеваний | Да/Нет |
| 13. | Выполнено определение антител к CFH в крови пациентам с подозрением на атипичный гемолитико-уремический синдром при необходимости диагностики "аутоиммунной" формы заболевания | Да/Нет |
| 14. | Выполнены магнитно-резонансная ангиография внутричерепных артерий или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием пациентам с признаками поражения центральной нервной системы при любой форме тромботической микроангиопатии | Да/Нет |
| 15. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная или компьютерная томография грудной клетки при развитии, или подозрении на отек легких, пневмонию | Да/Нет |
| 16. | Выполнено цитологическое исследование пунктата (аспирата) костного мозга пациентам с трехростковой панцитопенией, лейкемоидной реакцией, косвенными признаками гемофагоцитарного синдрома | Да/Нет |
| 17. | Выполнено исследование L-карнитина (свободный и общий) в крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией всем пациентам с тромботической микроангиопатией младше 6 месяцев и пациентам независимо от возраста при подозрении на метилмалоновую ацидемию | Да/Нет |
| 18. | Выполнено лечение экулизумабом в качестве терапии первой линии детям с подтвержденным атипичным гемолитико-уремическим синдромом | Да/Нет |
| 19. | Выполнено лечение глюкокортикоидами в сочетании с азатиоприном или микофенолата мофетилом в качестве поддерживающей терапии при антительном атипичном гемолитико-уремическом синдроме | Да/Нет |
| 20. | Выполнена вакцинация против Neisseria meningitidis вакциной для | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | профилактики менингококковых инфекций серогрупп A, C, W, Y, полисахаридной, конъюгированной или вакциной для профилактики менингококковых инфекций (олигосахаридная конъюгированная серогрупп ACW135Y) перед началом лечения экулизумабом или назначены препараты групп пенициллины широкого спектра действия, пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам, другие бета-лактамные антибактериальные препараты при срочном начале лечения экулизумабом | |
| 21. | Выполнено генетическое исследование системы комплемента при атипичном гемолитико-уремическом синдроме и при подготовке к трансплантации при любой форме тромботической микроангиопатии | Да/Нет |
| 22. | Выполнена трансфузия эритроцитов при уровне гемоглобина ниже 70 г/л | Да/Нет |
| 23. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (проба Реберга) | Да/Нет |
| 24. | Выполнена биопсия почки открытым доступом или биопсия почки под контролем ультразвукового исследования при сомнительном или неясном диагнозе у пациентов с тромботической микроангиопатией | Да/Нет |
| 25. | Выполнена инициация заместительной почечной терапии (диализ) при продолжительности анурии более 24 часов | Да/Нет |
| 26. | Выполнено предложение пересадки почки у пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии после оценки риска рецидива атипичном гемолитико-уремическом синдроме | Да/Нет |

## 4. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВАХ ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

### 4.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ-10: E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E07.9, E05.1, E05.2, D34)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование кальцитонина в крови | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение калия йодидом и (или) левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

### 4.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ-10: E01.0, E01.1, E01.2,

**E01.8, E02, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E07.9, E05.1, E05.2, D34)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование кальцитонина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена пункция щитовидной железы под контролем ультразвукового исследования (тонкоигольная аспирационная биопсия) при наличии медицинских показаний | Да/Нет |
| 6. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы (с оценкой пунктата узлового образования с использованием шести категорий классификации Бетесда) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена спиральная компьютерная томография области шеи и магнитно-резонансная томография шеи | Да/Нет |
| 8. | Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы | Да/Нет |
| 9. | Выполнена гемитиреоидэктомия или тиреоидэктомия (при гигантском размере и (или) при явлениях компрессии окружающих органов, при Бетесда IV, V и VI категории для узлового или многоузлового зоба, при наличии противопоказний к проведению радиойодтерапии при токсическом зобе) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено назначение консервативной терапии при диффузном зобе при наличии показаний: монотерапия калия йодидом; терапия левотироксином натрия; комбинированная терапия калия йодидом и левотироксином натрия | Да/Нет |

**4.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ-10: E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E07.9, E05.1, E05.2, D34)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-детского эндокринолога первичный и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение калия йодидом и (или) левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при заболеваниях и состояниях, связанных с дефицитом йода (коды по МКБ-10: E01.0, E01.1, E01.2, E01.8, E02, E04.0, E04.1, E04.2, E04.8, E04.9, E07.9, E05.1, E05.2, D34)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-детского эндокринолога первичный и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнена пункция щитовидной железы под контролем ультразвукового исследования (тонкоигольная аспирационная биопсия) (при наличии узловых образований) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы с оценкой пунктата узлового образования с использованием шести категорий классификации Бетесда | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кальцитонина в крови при узловых образованиях щитовидной железы | Да/Нет |
| 7. | Выполнены спиральная компьютерная томография области шеи и (или) магнитно-резонансная томография области шеи при подозрении на компрессионный синдром | Да/Нет |
| 8. | Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы при подозрении на функциональную автономию щитовидной железы | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение консервативной терапии при диффузном зобе при наличии медицинских показаний: монотерапия калия йодидом, терапия левотироксином натрия, комбинированная терапия калия йодидом и левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена гемитиреоидэктомия или тиреоидэктомия при наличии медицинских показаний | Да/Нет |

**4.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном гипотиреозе (коды по МКБ-10: E03.0, E03.1, E07.1, E07.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского эндокринолога и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови, исследование свободного тироксина в крови | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение левотироксином натрия (в зависимости от | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы | Да/Нет |

**4.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном гипотиреозе (коды по МКБ-10: E03.0, E03.1, E07.1, E07.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского эндокринолога и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови, исследование свободного тироксина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет |
| 7. | Выполнены рентгенография кистей, рентгенография лучезапястного сустава | Да/Нет |
| 8. | Выполнены сбор анамнеза и жалоб при генетическом консультировании и генетическое тестирование при подозрении на наследственный характер врожденного гипотиреоза | Да/Нет |
| 9. | Выполнено достижение целевых показателей уровня свободного тироксина в крови | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование околощитовидных желез | Да/Нет |

**4.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гипотиреозе (коды по МКБ-10: E03.1, E03.2, E03.3, E03.4, E03.5, E03.8, E03.9, E89.0, E06.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование свободного тироксина в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено определение антител к тиреопероксидазе в крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога, повторный или прием (консультация) врача-терапевта повторный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный (с коррекцией дозы левотироксина натрия при недостижении целевого уровня тиреотропного гормона и (или) свободного тироксина) | Да/Нет |

**4.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипотиреозе (коды по МКБ-10: E03.1, E03.2, E03.3, E03.4, E03.5, E03.8, E03.9, E89.0, E06.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование свободного тироксина в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антител к тиреопероксидазе в крови (при впервые выявленном повышении уровня тиреотропного гормона) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение левотироксином натрия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога повторный или прием (консультация) врача-терапевта повторный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный (с коррекцией дозы левотироксина натрия при недостижении целевого уровня тиреотропного гормона и (или) свободного тироксина) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена заместительная терапия левотироксином натрия беременным с субклиническим гипотиреозом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и ультразвуковое исследование околощитовидных желез (при первичном гипотиреозе) по медицинским показаниям | Да/Нет |

**4.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых и хронических тиреоидитах (исключая аутоиммунный и амиодарон-индуцированный тиреоидит) (коды по МКБ-10: E06.0, E06.1, E06.2, E06.4, E06.5, E06.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (при подозрении на острый тиреоидит) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (при подозрении на подострый тиреоидит) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование свободного тироксина в крови (при установлении диагноза и (или) при коррекции терапии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование свободного трийодтиронина в крови (с целью верификации тиреотоксикоза в тиреотоксическую фазу) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение антител к тиреопероксидазе в крови пациентам, получающим лечение лекарственными препаратами из группы иммуностимуляторов | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение антител к тиреопероксидазе в крови (пациентам, которым показано лечение лекарственными препаратами солей лития до начала лечения) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение антител к тироглобулину в крови пациентам, получающим лечение лекарственными препаратами из группы иммуностимуляторов | Да/Нет |
| 9. | Выполнены ультразвуковое исследование щитовидной железы и ультразвуковое исследование околощитовидных желез | Да/Нет |
| 10. | Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при тиреотоксикозе) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при наличии синдрома компрессии при остром тиреоидите) или компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при наличии синдрома компрессии при тиреоидите Риделя) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при остром тиреоидите) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами и (или) бета-адреноблокаторами, и (или) кортикостероидами системного действия (при подостром тиреоидите) | Да/Нет |

**4.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых и хронических тиреоидитах (исключая аутоиммунный и амиодарон-индуцированный тиреоидит) (коды по МКБ-10: E06.0, E06.1, E06.2, E06.4, E06.5, E06.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено общий (клинический) анализ крови расширенный (при подозрении на острый тиреоидит) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено общий (клинический) анализ крови расширенный (при подозрении на подострый тиреоидит) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование свободного тироксина в крови (при установлении диагноза и (или) при коррекции терапии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование свободного трийодтиронина в крови (с целью верификации тиреотоксикоза в тиреотоксическую фазу) | Да/Нет |
| 6 | Выполнено определение антител к тиреопероксидазе в крови пациентам, получающим лечение лекарственными препаратами из группы иммуностимуляторов | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение антител к тиреопероксидазе в крови (пациентам, которым показано лечение лекарственными препаратами солей лития до начала лечения) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение антител к тироглобулину в крови пациентам, получающим лечение лекарственными препаратами из группы иммуностимуляторов | Да/Нет |
| 9. | Выполнены ультразвуковое исследование щитовидной железы и ультразвуковое исследование околощитовидных желез | Да/Нет |
| 10. | Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при тиреотоксикозе) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при наличии синдрома компрессии при остром тиреоидите) или компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием (при наличии синдрома компрессии при тиреоидите Риделя) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при остром тиреоидите) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена пункция гнойного очага в сочетании с лечением антибактериальными лекарственными препаратами системного действия или гемитиреоидэктомия (при абсцедировании при остром тиреоидите) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами и (или) бета-адреноблокаторами, и (или) кортикостероидами системного действия (при подостром тиреоидите) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови динамическое (каждые 2 - 3 месяца) | Да/Нет |

**4.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при тиреоидитах (коды по МКБ-10: E03.8, E06.0, E06.1, E06.3, E06.5, E06.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-детского эндокринолога и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный с оценкой скорости оседания эритроцитов (при остром тиреоидите, подостром тиреоидите) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови при наличии клинической картины тиреотоксикоза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антител к тиреопероксидазе в крови | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение левотироксином натрия (при наличии гипотиреоза и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при тиреоидитах (коды по МКБ-10: E03.8, E06.0, E06.1, E06.3, E06.5, E06.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови при наличии клинической картины тиреотоксикоза | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение левотироксином натрия (при наличии гипотиреоза и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение кортикостероидами системного действия или антибактериальными лекарственными препаратами системного действия, или нестероидными противовоспалительными и противоревматическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы с натрия пертехнетатом [99mTc] в сомнительных случаях | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография области шеи с внутривенным контрастированием при массивном поражении с целью диагностики осложнений: медиастинита, флегмоны шеи и свищей с трахеей | Да/Нет |
| 8. | Выполнено пункционное дренирование в сочетании с антибактериальной терапией при абсцедировании | Да/Нет |
| 9. | Выполнено оперативное вмешательство на щитовидной железе при абсцедировании или распространенном процессе с целью ликвидации воспаления | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнены исследование свободного трийодтиронина в крови, исследование свободного тироксина в крови | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование кальцитонина в крови при наличии узловых образований | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение в необходимом объеме: консервативное или хирургическое (при наличии синдрома компрессии) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала | Да/Нет |

**4.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сахарном диабете 1 типа (коды по МКБ-10: E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского эндокринолога первичный и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение длины тела, измерение массы тела и оценка стадии полового развития с помощью оценочной шкалы | Да/Нет |
| 3. | Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций инсулина | Да/Нет |
| 4. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование гликированного гемоглобина не реже 1 раза в 3 месяца (при обращении в динамике) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение целевых показателей гликемического контроля включая гликированный гемоглобин (HbA1c) и время в диапазонах (время в целевом диапазоне, время выше целевого диапазона, время ниже целевого диапазона), при использовании непрерывного мониторинга глюкозы | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, начиная с возраста 11 лет при длительности заболевания более 2 лет (не реже 1 раза в 12 месяцев, если не выполнено на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный начиная с возраста 11 лет при длительности заболевания более 2 лет (не реже 1 раза в 12 месяцев, если не выполнено на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 9. | Назначена заместительная интенсифицированная и (или) помповая инсулинотерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |

**4.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сахарном диабете 1 типа (коды по МКБ-10: E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского эндокринолога первичный и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение длины тела, измерение массы тела и оценка стадии полового развития с помощью оценочной шкалы | Да/Нет |
| 3. | Выполнен визуальный осмотр и пальпация мест инъекций инсулина | Да/Нет |
| 4. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование глюкозы в крови и исследование гликированного гемоглобина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение целевых показателей гликемического контроля включая гликированный гемоглобин (НвА1с) и время в диапазонах (время в целевом диапазоне, время выше целевого диапазона, время ниже целевого диапазона), при использовании непрерывного мониторинга глюкозы | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование альбумина в крови и исследование креатинина в крови, начиная с возраста 11 лет при длительности заболевания более 2 лет | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный начиная с возраста 11 лет при длительности заболевания более 2 лет | Да/Нет |
| 9. | Выполнена заместительная интенсифицированная и (или) помповая инсулинотерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено обучение в "Школе для пациентов с сахарным диабетом" по структурированной программе (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**4.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сахарном диабете 1 типа (коды по МКБ-10: E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный (с выбором индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии, с рекомендацией пациенту по частоте самоконтроля гликемии) не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 2. | Выполнены визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина для выявления липодистрофий не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнены комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | конечностей, определение пульсации на артериях стоп) и оценка риска развития синдрома диабетической стопы (при длительности сахарного диабета 5 лет и более) не реже 1 раза в год | |
| 4. | Выполнено исследование гликированного гемоглобина в крови не реже 1 раза в 3 месяца | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование глюкозы в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование триглицеридов в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование альбумина в моче или исследование альбумина в моче и определение креатинина в моче для определения соотношения альбумина и креатинина (при отсутствии воспалительных изменений в анализах мочи) (при длительности сахарного диабета 5 лет и более) не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (проба Реберга) не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный не реже 1 раза в год (при длительности сахарного диабета 5 лет и более) | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение инсулинами и их аналогами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом не реже 1 раза в 3 года | Да/Нет |
| 11. | Выполнена биомикроскопия глазного дна (под мидриазом) не реже 1 раза в год (при длительности сахарного диабета более 5 лет) | Да/Нет |

**4.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 1 типа (коды по МКБ-10: E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение в условиях стационара врачом-эндокринологом (с выбором за время госпитализации индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина для выявления липодистрофий | Да/Нет |
| 3. | Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) и оценка риска развития синдрома диабетической стопы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование гликированного гемоглобина в крови (если не | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | выполнено в последние 3 месяца) | |
| 5. | Выполнены исследование глюкозы в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование триглицеридов в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование альбумина в моче или исследование альбумина в моче и определение креатинина в моче для определения соотношения альбумина и креатинина при отсутствии воспалительных изменений в анализах мочи (при длительности сахарного диабета 5 лет и более), если не выполнено в последние 12 месяцев | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (проба Реберга) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (при длительности сахарного диабета 5 лет и более, если не выполнен в последние 12 месяцев | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование глюкозы в крови не менее 4 раз в сутки (с коррекцией терапии при необходимости) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение инсулинами и их аналогами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) с коррекцией терапии при необходимости | Да/Нет |
| 11. | Выполнено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом (если не было проведено за последние 3 года) или проведено индивидуальное обучение | Да/Нет |
| 12. | Выполнена биомикроскопия глазного дна (под мидриазом) при длительности сахарного диабета 5 лет и более, если не выполнен в последние 12 месяцев | Да/Нет |

**4.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при сахарном диабете 2 типа (коды по МКБ-10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, R73.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование гликированного гемоглобина не реже одного раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование альбумина в крови и исследование креатинина в крови (не реже 1 раза в 12 месяцев, если не выполнено на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (не реже 1 раза в 12 месяцев, если не выполнено на предыдущем этапе) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Назначено лечение метформином или инсулинами и их аналогами, или аналогами глюкагонподобного пептида-1 (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при сахарном диабете 2 типа (коды по МКБ-10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, R73.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование гликированного гемоглобина не реже одного раза в год | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение метформином или инсулинами и их аналогами, или аналогами глюкагонподобного пептида-1 (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование триглицеридов в крови | Да/Нет |

**4.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сахарном диабете 2 типа (коды по МКБ-10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, R73.0, R73.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный (с выбором индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии, с рекомендацией пациенту по частоте самоконтроля гликемии) не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 2. | Выполнены визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина для выявления липодистрофий не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) и оценка риска развития синдрома диабетической стопы не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование гликированного гемоглобина в крови не реже 1 раза в 3 месяца | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнены исследование глюкозы в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование триглицеридов в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование альбумина в моче или исследование альбумина в моче и определения креатинина в моче для определения соотношения альбумина и креатинина при отсутствии воспалительных изменений в анализах мочи не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (проба Реберга) не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение лекарственными препаратами для лечения сахарного диабета (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом не реже 1 раза в 3 года | Да/Нет |
| 11. | Выполнена биомикроскопия глазного дна (под мидриазом) не реже 1 раза в год | Да/Нет |

**4.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 2 типа (коды по МКБ-10: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, R73.0, R73.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение в условиях стационара врачом-эндокринологом (с выбором за время госпитализации индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и целевых значений гликемии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены визуальный осмотр и пальпация мест инъекций и проверка техники инъекций инсулина для выявления липодистрофий | Да/Нет |
| 3. | Выполнено комплексное обследование стоп (визуальный осмотр, оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей, определение пульсации на артериях стоп) и оценка риска развития синдрома диабетической стопы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование гликированного гемоглобина в крови (если не выполнено в последние 3 месяца) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование глюкозы в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование триглицеридов в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови | |
| 6. | Выполнены исследование альбумина в моче или исследование альбумина в моче и определение креатинина в моче для определения соотношения альбумина и креатинина при отсутствии воспалительных изменений в анализах мочи (если не выполнено в последние 12 месяцев) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (проба Реберга) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный, если не выполнен в последние 12 месяцев (не реже 1 раз в год) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование глюкозы в крови не менее 4 раз в сутки (с коррекцией терапии при необходимости) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение лекарственными препаратами для лечения сахарного диабета с коррекцией терапии при необходимости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено обучение в школе для пациентов с сахарным диабетом (если не было проведено за последние 3 года) или проведено индивидуальное обучение | Да/Нет |
| 12. | Выполнена биомикроскопия глазного дна (под мидриазом), если не выполнена в последние 12 месяцев (не реже 1 раз в год) | Да/Нет |

**4.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гипопаратиреозе (коды по МКБ-10: E20.0, E20.8, E20.9, E89.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование паратиреоидного гормона в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование альбумина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование общего магния в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование неорганического фосфора в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование кальция в моче (суточный анализ) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение альфакальцидолом или кальцитриолом, и (или) соединениями кальция | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога повторный | Да/Нет |

**4.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипопаратиреозе (коды по МКБ-10: E20.0, E20.8, E20.9, E89.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование паратиреоидного гормона в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование альбумина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование общего магния в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование неорганического фосфора в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование кальция в моче (суточный анализ) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение альфакальцидолом или кальцитриолом, и (или) соединениями кальция | Да/Нет |

**4.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при первичном гиперпаратиреозе (коды по МКБ-10: E21.0, E21.2, E21.3, E21.4, E21.5, D35.1, C75.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование альбумина в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование ионизированного кальция в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование паратиреоидного гормона в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кальция в моче | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование креатинина в моче | Да/Нет |
| 8. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника при болевом синдроме в спине, при снижении роста на 4 см в течение жизни или на 2 см при регулярном медицинском контроле | Да/Нет |
| 9. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и (или) компьютерная томография почек | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование околощитовидных желез (при планировании хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный (при планировании хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение алендроновой кислотой или деносумабом, и (или) цинакальцетом | Да/Нет |

**4.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при первичном гиперпаратиреозе (коды по МКБ-10: E21.0, E21.2, E21.3, E21.4, E21.5, D35.1, C75.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование альбумина в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование ионизированного кальция в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование паратиреоидного гормона в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кальция в моче | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование креатинина в моче | Да/Нет |
| 8. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника при болевом синдроме в спине, при снижении роста на 4 см в течение жизни или на 2 см при регулярном медицинском контроле | Да/Нет |
| 9. | Выполнена денситометрия рентгеновская (одна анатомическая область) поясничного отдела позвоночника | Да/Нет |
| 10. | Выполнена денситометрия рентгеновская (одна анатомическая область) проксимального отдела бедренной кости | Да/Нет |
| 11. | Выполнено ультразвуковое исследование почек и (или) компьютерная томография почек | Да/Нет |
| 12. | Выполнено ультразвуковое исследование околощитовидных желез (при планировании хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 13. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный (при планировании хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено лечение алендроновой кислотой или деносумабом, и (или) цинакальцетом | Да/Нет |

**4.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при врожденной дисфункции коры надпочечников (адреногенитальном синдроме) (коды по МКБ-10: E25.0, E25.8, E25.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование андростендиона в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование 17-гидроксипрогестерона в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего тестостерона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение ренииновой активности плазмы крови (при сольтеряющей форме) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография надпочечников или магнитно-резонансная томография надпочечников (при классической форме и недостижении целевых показателей андрогенов, эпизодах длительной декомпенсации) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (у мужчин) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (у женщин) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза (при подозрении на наличие в яичниках образований из остаточной ткани надпочечников) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение лекарственными препаратами глюкокортикоидов (при классических формах врожденной дисфункции коры надпочечников) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение флудрокортизоном (при сольтеряющей форме дефицита 21-гидроксилазы) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный | Да/Нет |
| 12. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога повторный | Да/Нет |

**4.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при врожденной дисфункции коры надпочечников (адреногенитальном синдроме) (коды по МКБ-10: E25.0, E25.8, E25.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование андростендиона в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование 17-гидроксипрогестерона в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего тестостерона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение ренииновой активности плазмы крови (при сольтеряющей форме) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография надпочечников или магнитно-резонансная томография надпочечников (при классической форме и недостижении целевых показателей андрогенов, эпизодах длительной | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | декомпенсации) | |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (у мужчин) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (у женщин) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза (при подозрении на наличие в яичниках образований из остаточной ткани надпочечников) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение лекарственными препаратами глюкокортикоидов (при классических формах врожденной дисфункции коры надпочечников) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение флудрокортизоном (при сольтеряющей форме дефицита 21-гидроксилазы) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный | Да/Нет |
| 12. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога повторный | Да/Нет |

**4.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при первичной надпочечниковой недостаточности (коды по МКБ-10: E27.1, E27.2, E27.3, E27.4, E35.1, E89.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование альдостерона в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование ренина в крови или определение рениновой активности плазмы крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего кортизола в крови и (или) исследование общего кортизола в крови с проведением пробы с лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование адренокортикотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен комплекс исследований для диагностики Х-сцепленной адренолейкодистрофии (у мужчин с подтвержденным диагнозом первичной надпочечниковой недостаточности) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография надпочечников у мужчин с отрицательным результатом комплекса исследований для диагностики Х-сцепленной адренолейкодистрофии (у женщин с подтвержденным диагнозом первичной надпочечниковой недостаточности) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение глюкокортикоидами | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение флудрокортизоном | Да/Нет |
| 10. | Выполнено обучение самоуходу | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога повторный | Да/Нет |

**4.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при первичной надпочечниковой недостаточности (коды по МКБ-10: E27.1, E27.2, E27.3, E27.4, E35.1, E89.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование альдостерона в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование ренина в крови или определение рениновой активности плазмы крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего кортизола в крови и (или) исследование общего кортизола в крови с проведением пробы с лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование адренокортикотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен комплекс исследований для диагностики Х-сцепленной адренолейкодистрофии (у мужчин с подтвержденным диагнозом первичной надпочечниковой недостаточности) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография надпочечников у мужчин с отрицательным результатом комплекса исследований для диагностики Х-сцепленной адренолейкодистрофии (у женщин с подтвержденным диагнозом первичной надпочечниковой недостаточности) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение глюкокортикоидами | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение флудрокортизоном | Да/Нет |
| 10. | Выполнено обучение самоуходу | Да/Нет |
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога повторный | Да/Нет |

**4.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при синдроме поликистозных яичников (код по МКБ-10: E28.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование общего тестостерона в крови, исследование глобулина, связывающего половые гормоны, в крови и подсчет индекса свободных андрогенов | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 3. | Выполнено измерение длины тела и измерение массы тела с вычислением индекса массы тела | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено измерение артериального давления, окружности талии и регистрация индекса массы тела при каждом посещении | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение медикаментозной терапии при нарушениях менструального цикла, гирсутизме и акне | Да/Нет |
| 6. | Выполнено предоставление рекомендаций по изменению образа жизни, включающих физические упражнения и рациональное сбалансированное питание для лечения ожирения и избыточной массы тела | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение кломифена в качестве терапии 1 линии для лечения ановуляторного бесплодия | Да/Нет |
| 8. | Выполнена стимуляция овуляции гонадотропинами или лапароскопия (лапароскопический дриллинг) в качестве 2 линии терапии при неэффективности кломифена или отсутствии условий для его применения | Да/Нет |

**4.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме поликистозных яичников (код по МКБ-10: E28.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение длины тела и измерение массы тела с вычислением индекса массы тела | Да/Нет |
| 3. | Выполнено измерение артериального давления, окружности талии и регистрация индекса массы тела при каждом визите | Да/Нет |
| 4. | Выполнено предоставление рекомендаций по изменению образа жизни, включающие физические упражнения и рациональное сбалансированное питание для лечения ожирения и избыточной массы тела | Да/Нет |
| 5. | Выполнена стимуляция овуляции гонадотропинами или лапароскопия (лапароскопический дриллинг) в качестве 2 линии терапии при неэффективности кломифена или отсутствии условий для его применения | Да/Нет |

**4.31. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при преждевременном половом развитии (коды по МКБ-10: E30.1, E30.8, E22.8, E28.1, E29.0, E31.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография запястья и кисти (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование лютеинизирующего гормона в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено исследование фолликулостимулирующего гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование 17-гидроксипрогестерона в крови (при преждевременном адренархе) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (трансабдоминальное) (девочкам) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (мальчикам) | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение аналогами гонадотропин-рилизинг гормона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено измерение длины тела, оценка SDS роста и подсчет скорости роста у пациентов с преждевременным половым созреванием | Да/Нет |

**4.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при преждевременном половом развитии (коды по МКБ-10: E30.1, E30.8, E22.8, E28.1, E29.0, E31.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография запястья и кисти (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование лютеинизирующего гормона в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование фолликулостимулирующего гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование 17-гидроксипрогестерона в крови (при преждевременном адренархе) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга при доказанном гонадотропинзависимом характере преждевременного полового развития девочкам с манифестацией преждевременного полового развития в возрасте 6 лет и младше и мальчикам с манифестацией преждевременного полового развития до 9 лет (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (трансабдоминальное) (девочкам) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки (мальчикам) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено измерение длины тела и оценка SDS роста | Да/Нет |
| 9. | Выполнен подсчет скорости роста за предшествующие 6 - 12 месяцев (при наличии данных роста) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена оценка стадии полового развития с помощью оценочной шкалы | Да/Нет |
| 11. | Выполнены ультразвуковое исследование надпочечников, магнитно-резонансная томография надпочечников, компьютерная томография | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | надпочечников детям с адренархе и (или) с повышенным уровнем дегидроэпиандростерона и (или) дегидроэпиандростерон-сульфата при диагностике преждевременного полового развития | |
| 12. | Выполнено назначение аналога гонадотропин-рилизинг-гормона пролонгированного действия девочкам младше 6 лет и мальчикам младше 9 лет при доказанном центральном преждевременном половом развитии | Да/Нет |
| 13. | Выполнено регулярное (1 раз в 6 - 12 месяцев) обследование детям с центральным преждевременным половым развитием, получающим лечение аналогом гонадотропин-рилизинг-гормона пролонгированного действия для оценки эффективности терапии | Да/Нет |
| 14. | Выполнена коррекция терапии детям с центральным преждевременным половым развитием, получающим лечение аналогом гонадотропин-рилизинг-гормона пролонгированного действия, при выявлении неэффективности проводимого лечения | Да/Нет |

**4.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недостаточности питания (мальнутриции) у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ-10: E43, E44, E46)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-гериатра первичный и комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с оценкой статуса питания (краткая шкала оценки питания) и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен расчет суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок (расчет суточной энергетической потребности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение продуктов специализированного лечебного питания | Да/Нет |

**4.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недостаточности питания (мальнутриции) у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ-10: E43, E44, E46)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-гериатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях или прием (консультация) врача-гериатра первичный и комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с оценкой статуса питания (краткая шкала оценки питания) и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен расчет суточной энергетической ценности с учетом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | физиологической массы тела и физических нагрузок (расчет суточной энергетической потребности) | |
| 3. | Выполнено лечение с использованием продуктов специализированного лечебного питания | Да/Нет |

**4.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ожирении (коды по МКБ-10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено визуальное исследование в эндокринологии | Да/Нет |
| 3. | Выполнены измерение массы тела, измерение длины тела, измерение окружности живота, расчет индекса массы тела | Да/Нет |
| 4. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях, измерение частоты сердечных сокращений | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование мочевой кислоты в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнена диагностика нарушений углеводного обмена (исследование глюкозы в крови и исследование гликированного гемоглобина в крови, а также, при необходимости, проведение глюкозотолерантного теста) | Да/Нет |

**4.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ожирении (коды по МКБ-10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено визуальное исследование в эндокринологии | Да/Нет |
| 3. | Выполнены измерение массы тела, измерение длины тела, измерение окружности живота, расчет индекса массы тела | Да/Нет |
| 4. | Выполнены измерение артериального давления на периферических артериях, измерение частоты сердечных сокращений | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование мочевой кислоты в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнена диагностика нарушений углеводного обмена (исследование глюкозы в крови и исследование гликированного гемоглобина в крови, а также, при необходимости, проведение глюкозотолерантного теста) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 8. | Выполнено обучение пациента, направленное на изменение образа жизни квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе в групповом или индивидуальном порядке | Да/Нет |
| 9. | Назначены лекарственные препараты для лечения ожирения или избыточной массы тела (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен расчет суточной энергетической ценности рациона с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок | Да/Нет |
| 11. | Выполнены исследование тиреотропного гормона в крови, исследование пролактина в крови, исследование свободного кортизола в моче методом иммунохемилюминесцентного анализа и (или) ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона, и (или) исследование свободного кортизола в слюне | Да/Нет |
| 12. | Выполнены электрокардиография и (или) эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |

**4.37. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ожирении (коды по МКБ-10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9, E67.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - детского эндокринолога первичный и (или) прием (консультация) врача - педиатра первичный (с обязательным измерением роста, веса и расчетом SDS индекса массы тела) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача - детского эндокринолога первичный и (или) прием (консультация) врача - педиатра первичный (проведен клинический скрининг ассоциированных с ожирением заболеваний и проведена оценка стадии полового развития по шкале Таннера) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен глюкозотолерантный тест с определением глюкозы натощак и через 120 минут (пациентам с ожирением старше 10 лет) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнена оценка фактического питания с использованием метода 24-часового (суточного) воспроизведения питания | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка физической активности и даны рекомендации по изменению образа жизни | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение орлистатом или лираглутидом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ожирении (коды по МКБ-10: E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9, E67.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - детского эндокринолога первичный и (или) прием (консультация) врача - педиатра первичный (с обязательным измерением роста, вес и расчетом SDS индекса массы тела) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача - детского эндокринолога первичный и (или) прием (консультация) врача - педиатра первичный (проведен клинический скрининг ассоциированных с ожирением заболеваний и проведена оценка стадии полового развития по шкале Таннера) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен глюкозотолерантный тест с определением глюкозы натощак и через 120 минут (пациентам с ожирением старше 10 лет) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка фактического питания с использованием метода 24-часового (суточного) воспроизведения питания | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка физической активности и даны рекомендации по изменению образа жизни | Да/Нет |

**4.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при классической фенилкетонурии и других видах гиперфенилаланинемии (коды по МКБ-10: E70.0, E70.1, E70.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование фенилаланина в крови (при неонатальном | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | скрининге и (или) при установлении диагноза, и (или) при диспансерном наблюдении) | |
| 3. | Выполнен комплекс исследований для диагностики фенилкетонурии (молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене PAH, PTS, QDPR, GCH1, PCBD, SPR, DNAJC12 (фенилкетонурия) в крови) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование фенилаланина в крови (беременным с гиперфенилаланинемией на фоне диетотерапии не реже 1 раза в 7 календарных дней в I триместре и не реже 1 раза в 2 недели во II и III триместрах) | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение сапроптерином (при кофактор тетрагидробиоптерин-дефицитной и фенилаланингидроксилаза-дефицитной гиперфенилаланинемии, чувствительной к сапроптерину) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного фенилаланина | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование фенилаланина в крови всем пациентам с гиперфенилаланинемией на фоне диетотерапии в возрасте до 3-х месяцев - 1 раз в неделю (до получения результатов в пределах от 120 до 360 мкмоль/л и далее до 1 года 1 раз в 10 календарных дней); с 1 года до 6 лет - не реже 1 - 2 раза в месяц, с 7 лет и старше - не реже 1 раза в 3 месяца | Да/Нет |
| 10. | Выполнен нагрузочный тест с сапроптерином (в течение не менее 48 часов) в процессе проведения комплекса исследований для диагностики фенилкетонурии пациентам старше года с мутациями в гене PAH, которые ассоциированы с чувствительностью к кофактору тетрагидробиоптерин | Да/Нет |
| 11. | Выполнено ультразвукового исследования плода беременным женщинам с гиперфенилаланинемией на сроке 15 - 16 и 25 - 26 недель беременности | Да/Нет |
| 12. | Выполнена коррекция диетотерапии для достижения целевых уровней фенилаланина (уровень фенилаланина < 360 ммоль/л) | Да/Нет |

**4.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при классической фенилкетонурии и других видах гиперфенилаланинемии (коды по МКБ-10: E70.0, E70.1, E70.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях или ежедневный осмотр врачом-терапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование фенилаланина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение сапроптерином (при кофактор тетрагидробиоптерин-дефицитной и фенилаланингидроксилаза-дефицитной гиперфенилаланинемии, чувствительной к сапроптерину) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного фенилаланина | Да/Нет |
| 7. | Выполнен нагрузочный тест с сапроптерином (в течение не менее 48 часов) в процессе проведения комплекса исследований для диагностики фенилкетонурии пациентам старше года с мутациями в гене PAH, которые ассоциированы с чувствительностью к кофактору тетрагидробиоптерин | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение или скорректирована диетотерапия с использованием низкобелковых продуктов питания пациентам с концентрацией фенилаланина в крови > 360 мкмоль/л | Да/Нет |

**4.41. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при наследственной тирозинемии 1 типа (код по МКБ-10: E70.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение частых мутаций в гене FAH в крови методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом полиморфизмов длин рестрикционных фрагментов (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нитизиноном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного фенилаланина и тирозина | Да/Нет |

**4.42. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при наследственной тирозинемии 1 типа (код по МКБ-10: E70.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного фенилаланина и тирозина | Да/Нет |

**4.43. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни "кленового сиропа" (код по МКБ-10: E71.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение концентрации органических кислот в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах (BCKDHA, BCKDHB, DBT и DLD) (при установлении диагноза пациентам с биохимическими признаками болезни "кленового сиропа") | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лейцина, изолейцина и валина | Да/Нет |

**4.44. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни "кленового сиропа" (код по МКБ-10: E71.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лейцина, изолейцина и валина | Да/Нет |

**4.45. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при пропионовой ацидемии (ацидурии) (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в год) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение концентрации органических кислот в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина, треонина, изолейцина и валина | Да/Нет |

**4.46. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при пропионовой ацидемии (ацидурии) (код по МКБ-10: Е71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина, треонина, изолейцина и валина | Да/Нет |

**4.47. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при изовалериановой ацидемии (ацидурии) (код по МКБ-10: Е71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение концентрации органических кислот в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лейцина | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Назначено лечение левокарнитином и глицином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.48. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при изовалериановой ацидемии (ацидурии) (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение левокарнитином и глицином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лейцина | Да/Нет |

**4.49. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при других видах нарушения обмена аминокислот с разветвленной цепью (метилмалоновой ацидемии, ацидурии) (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение концентрации органических кислот в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен комплекс исследований для диагностики органических ацидурий (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина, треонина, изолейцина и валина | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение цианокобаламином (при диагностике и установлении B-12-зависимой формы метилмалоновой ацидемии (ацидурии) | Да/Нет |

**4.50. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при других видах нарушения обмена аминокислот с разветвленной цепью (метилмалоновой ацидемии, ацидурии) (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение цианокобаламином (при диагностике и установлении B-12-зависимой формы метилмалоновой ацидемии (ацидурии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина, треонина, изолейцина и валина | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение вариантов генов в образце биологического материала методом таргетного высокопроизводительного секвенирования (исследование генов MMUT, MMAA, MAB, MCEE, CD320, LMBRD, MMADHC, MMACHC, комплекс исследований для диагностики органических ацидурий) всем пациентам с выявленными биохимическими изменениями, характерными для метилмалоновой ацидемии (ацидурии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прием (консультация) врача-генетика первичный и прием (консультация) врача-генетика повторный пациенту с клиническим подозрением на метилмалоновую ацидемию (ацидурию) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена экстренная госпитализация и выполнены мероприятия по коррекции диетотерапии и проведению интенсивной терапии всем пациентам с метилмалоновой ацидемией (ацидурией) при угрозе метаболического криза или в случае развития метаболического криза | Да/Нет |

**4.51. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушениях митохондриального β-окисления жирных кислот (код по МКБ-10: E71.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах, ответственных за β-окисления жирных кислот, метаболизм и транспорт карнитина (при установлении диагноза пациентам с биохимическими признаками нарушения митохондриального β-окисления жирных кислот) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение сухой специализированной смеси с повышенным содержанием среднецепочечных жирных кислот (триглицеридов) (при нарушении окисления жирных кислот с длинной и очень длинной цепью) | Да/Нет |

**4.52. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушениях митохондриального β-окисления жирных кислот (код по МКБ-10: E71.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение сухой специализированной смеси с повышенным содержанием среднецепочечных жирных кислот (триглицеридов) (при нарушении окисления жирных кислот с длинной и очень длинной цепью) | Да/Нет |

**4.53. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушении обмена серосодержащих аминокислот (гомоцистинурии) (код по МКБ-10: E72.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии | Да/Нет |
| 2. | Выполнена молекулярно-генетическая диагностика пациентам с классической гомоцистинурией и с дефицитом MTHFR (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование гомоцистеина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование креатинина в крови и исследование мочевины в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение пиридоксином и (или) лекарственными препаратами группы витамина B12 (цианокобаламином и его аналогами), и (или) фолиевой кислотой (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина | Да/Нет |

**4.54. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым и детям при нарушении обмена серосодержащих аминокислот (гомоцистинурии) (код по МКБ-10: E72.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в год) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование гомоцистеина в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование креатинина в крови и исследование мочевины в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение пиридоксином и (или) лекарственными препаратами группы витамина B12 (цианокобаламином и его аналогами), и (или) фолиевой кислотой (в зависимости от медицинских показаний и при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного метионина | Да/Нет |

**4.55. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при глутаровой ацидурии тип 1 (код по МКБ-10: E72.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение концентрации органических кислот в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене GCDH (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лизина и триптофана | Да/Нет |

**4.56. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при глутаровой ацидурии тип 1 (код по МКБ-10: E72.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение специализированного продукта лечебного питания, лишенного лизина и триптофана | Да/Нет |

**4.57. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни Помпе (код по МКБ-10: E74.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен комплекс исследований для диагностики болезни Помпе у пациентов со сниженной активностью кислой альфа-глюкозидазы (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение алглюкозидазой альфа (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.58. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Помпе (код по МКБ-10: E74.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение алглюкозидазой альфа (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.59. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушениях обмена галактозы (галактоземии) (код по МКБ-10: E74.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование галактозы в крови (при неонатальном скрининге и (или) при установлении диагноза, и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен комплекс исследований для диагностики галактоземии (при установлении диагноза и (или) при снижении активности фермента галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение сухой специализированной смеси без лактозы или специализированного продукта детского диетического лечебного питания для детей раннего возраста, смеси специализированной сухой безлактозной (мелкий сухой порошок) (детям до 7 лет, при классической галактоземии 1 и 2 типа) | Да/Нет |

**4.60. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушениях обмена галактозы (галактоземии) (код по МКБ-10: E74.2)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях или ежедневный осмотр врачом-терапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение сухой специализированной смеси без лактозы или специализированного продукта детского диетического лечебного питания для детей раннего возраста, смеси специализированной сухой безлактозной (мелкий сухой порошок) (детям до 7 лет, при классической галактоземии 1 и 2 типа) | Да/Нет |

**4.61. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни Ниманна-Пика тип С (код по МКБ-10: E75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен комплекс исследований для диагностики болезни Ниманна-Пика тип С (выявление мутаций в гене NPC1, NPC2) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение миглустатом (в качестве субстрат-редуцирующей терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.62. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Ниманна-Пика тип С (код по МКБ-10: E75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение миглустатом (в качестве субстрат-редуцирующей терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.63. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни Фабри (код по МКБ-10: E75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен комплекс исследований для диагностики болезни Фабри (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (проба Реберга) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение агалсидазой бета или агалсидазой альфа (в качестве ферментной заместительной терапии, пациентам женского пола при наличии клинических проявлений болезни Фабри и всем пациентам мужского пола) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение активности лизосомного фермента альфа-галактозидазы в пятнах высушенной крови методом тандемной масс-спектрометрии (комплекс исследований для диагностики болезни Фабри) пациентам женского пола с клиническими признаками болезни Фабри и всем пациентам мужского пола (при диагностике) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование лизоглоботриазилсфингозина в пятнах высушенной крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии тандемной масс-спектрометрии (пациентам женского пола с клиническими признаками болезни Фабри) при диагностике и далее 1 раз в 6 месяцев | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение мутаций в гене GLA в крови (комплекс исследований для диагностики болезни Фабри) методом секвенирования по Сенгеру | Да/Нет |
| 10. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 11. | Выполнены определение белка в моче, и исследование альбумина в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование креатинина в крови, и определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (проба Реберга), определение альбумин-креатининового соотношения в моче расчетным методом (и (или) соотношения белок и креатинин мочи: определение количества белка в суточной моче, исследование креатинина в моче) при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |

**4.64. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Фабри (код по МКБ-10: E75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование альбумина в моче | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина (проба Реберга) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение агалсидазой бета или агалсидазой альфа (в качестве ферментной заместительной терапии, (пациентам женского пола при наличии клинических проявлений болезни Фабри и всем пациентам мужского пола) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи при установлении диагноза и далее не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 8. | Выполнены электрокардиография, эхокардиография трансторакальная, холтеровское мониторирование сердечного ритма и суточное мониторирование артериального давления всем пациентам с клиническими признаками болезни Фабри в процессе постановки диагноза и далее в процессе диспансерного наблюдения не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |

**4.65. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при других нарушениях накопления липидов (дефиците лизосомой кислой липазы) (код по МКБ-10: E75.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование триглицеридов в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение активности лизосомной кислой липазы в пятнах высушенной крови или лейкоцитах периферической крови и (или) молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | LIPA) (при установлении диагноза) | |
| 4. | Выполнены ультразвуковое исследование органов гепатобилиопанкреатической зоны и ультразвуковое исследование селезенки | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение себелипазой альфа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.66. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым и детям при других нарушениях накопления липидов (дефиците лизосомой кислой липазы) (код по МКБ-10: E75.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование триглицеридов в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов гепатобилиопанкреатической зоны и ультразвуковое исследование селезенки | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 7. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства, и ультразвуковое исследование надпочечников | Да/Нет |

**4.67. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 1 (код по МКБ-10: E76.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование гликозаминогликанов в моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип I (определение активности альфа L идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDUA) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение ларонидазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.68. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 1 (код по МКБ-10: E76.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение ларонидазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.69. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мукополисахаридозе тип 1 (код по МКБ-10: E76.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование гликозаминогликанов в моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный при установлении диагноза | Да/Нет |
| 3. | Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип I (определение активности альфа L идуронидазы в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDUA) (при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | установлении диагноза) | |
| 4. | Назначено лечение ларонидазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.70. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мукополисахаридозе тип 1 (код по МКБ-10: E76.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение ларонидазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.71. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 2 (код по МКБ-10: E76.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование гликозаминогликанов в моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип II (исследование активности идуронат-2-сульфатазы в крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDS) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография области шеи | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение идурсульфазой или идурсульфазой бета (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.72. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 2 (код по МКБ-10: E76.1)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение идурсульфазой или идурсульфазой бета (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.73. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мукополисахаридозе тип 2 (код по МКБ-10: E76.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование гликозаминогликанов в моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип II (исследование активности идуронат-2-сульфатазы в крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене IDS)) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография области шеи | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение идурсульфазой или идурсульфазой бета (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.74. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мукополисахаридозе тип 2 (код по МКБ-10: E76.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (при наличии сердечно-сосудистой патологии) | |
| 5. | Выполнено лечение идурсульфазой или идурсульфазой бета (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.75. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 6 (код по МКБ-10: E76.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование гликозаминогликанов в моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип VI (определение активности арилсульфатазы B в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене ARSB) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение галсульфазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.76. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мукополисахаридозе тип 6 (код по МКБ-10: E76.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение галсульфазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.77. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мукополисахаридозе тип 6 (код по МКБ-10: E76.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование гликозаминогликанов в моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнен комплекс исследований для диагностики мукополисахаридоза тип VI (определение активности арилсульфатазы B в лейкоцитах периферической крови или пятнах высушенной крови, молекулярно-генетическое исследование (выявление мутаций в гене ARSB) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение галсульфазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.78. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мукополисахаридозе тип 6 (код по МКБ-10: E76.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (при наличии неврологической симптоматики) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при наличии ортопедической патологии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный (при наличии сердечно-сосудистой патологии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение галсульфазой (в качестве ферментной заместительной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.79. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нарушениях липидного обмена (коды по МКБ-10: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование общего холестерина в крови, определение холестерина, несвязанного с липопротеидами высокой плотности расчетным методом у лиц старше 40 лет | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка общего риска осложнений с использованием шкалы SCORE2 у всех взрослых лиц старше 40 лет, без анамнеза и без симптомов сердечно-сосудистых заболеваний, без сахарного диабета, без | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | хронической болезни почек, без семейной гиперхолестеринемии, с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности крови < 4,9 ммоль/л | |
| 3. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб о наличии ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, сахарного диабета, атеросклероза периферических артерий, семейной гиперхолестеринемии, метаболического синдрома, ожирения, хронического заболевания почек | Да/Нет |
| 4. | Выполнено физикальное обследование для выявления кожных и сухожильных ксантом, ксантелазм и липоидной дуги роговицы | Да/Нет |
| 5. | Выполнены ультразвуковое исследование внечерепного отдела брахиоцефальных артерий и ультразвуковое исследование бедренных артерий фокусированное, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение лечения ингибитором 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статина) в дозовом режиме, достаточном для достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности пациенту с установленным нарушением липидного обмена | Да/Нет |
| 7. | Выполнено добавление к лечению алирокумаба или эволокумаба, или инклисирана при отсутствии достижения у пациентов с очень высоким риском в течение 8 $\pm$ 4 недель лечения комбинацией максимально переносимой дозы 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статина) с эзетимибом целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности крови, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения лечения | Да/Нет |
| 8. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом-терапевтом при гиперхолестеринемии, на диспансерное наблюдение врачом-кардиологом при выраженной дислипидемии (общий холестерин в крови > 8,0 ммоль/л и (или) при уровне холестерина липопротеидов низкой плотности крови > 5,0 ммоль/л, и (или) при уровне триглицеридов в крови > 10 ммоль/л) и (или) при признаках непереносимости гиполипидемической терапии | Да/Нет |

**4.80. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нарушениях липидного обмена (коды по МКБ-10: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование общего холестерина в крови, определение холестерина, несвязанного с липопротеидами высокой плотности расчетным методом у лиц старше 40 лет | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка общего риска осложнений с использованием шкалы SCORE2 у всех взрослых лиц старше 40 лет, без анамнеза и без симптомов сердечно-сосудистых заболеваний, без сахарного диабета, без хронической болезни почек, без семейной гиперхолестеринемии, с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности крови < 4,9 ммоль/л | |
| 3. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб о наличии ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, сахарного диабета, атеросклероза периферических артерий, семейной гиперхолестеринемии, метаболического синдрома, ожирения, хронического заболевания почек | Да/Нет |
| 4. | Выполнено физикальное обследование для выявления кожных и сухожильных ксантом, ксантелазм и липоидной дуги роговицы | Да/Нет |
| 5. | Выполнены ультразвуковое исследование внечерепного отдела брахиоцефальных артерий и ультразвуковое исследование бедренных артерий фокусированное, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение ингибитором 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статином) в дозовом режиме, достаточном для достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности пациенту с установленным нарушением липидного обмена | Да/Нет |
| 7. | Выполнено добавление к лечению алирокумаба или эволокумаба, или инклисирана при отсутствии достижения у пациентов с очень высоким риском в течение 8 $\pm$ 4 недель лечения комбинацией максимально переносимой дозы 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статина) с эзетимибом целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности крови, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения лечения | Да/Нет |
| 8. | Выполнено достижение целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности < 1,8 ммоль/л (или его снижение по меньшей мере на 50% от исходного) у пациентов высокого риска через 8 $\pm$ 4 недель лечения | Да/Нет |
| 9. | Выполнено достижение целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности < 1,4 ммоль/л (или снижение по меньшей мере на 50% от исходного уровня) у пациентов очень высокого риска (кроме пациентов с семейной гиперхолестеринемией) через 8 $\pm$ 4 недель лечения | Да/Нет |

**4.81. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при острых порфириях (код по МКБ-10: E80.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование креатинина в крови, исследование натрия в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | крови, исследование калия в крови (пациентам с установленным диагнозом атаки острой порфирии) | |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (при развитии неврологической симптоматики) | Да/Нет |

**4.82. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых порфириях (код по МКБ-10: E80.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование порфиринов и их производных в моче (всем пациентам с подозрением на атаку острой порфирии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование креатинина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови (пациентам с установленным диагнозом атаки острой порфирии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (при развитии неврологической симптоматики) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение гемином внутривенно 3 мг/кг (пациентам с зарегистрированной атакой острой порфирии, 1 раз в сутки в течение 4 календарных дней) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение 10% раствором декстрозы (при невозможности проведения терапии гемином) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи всем пациентам с установленным диагнозом атаки острой порфирии | Да/Нет |
| 10. | Выполнен молекулярно-генетический анализ на наличие мутаций генов биосинтеза гема (HMBS, CPO, PPOX) (комплекс исследований для диагностики острой печеночной порфирии) всем пациентам с подозрением на острую порфирию и их близким родственникам | Да/Нет |
| 11. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга пациентам с атакой острой порфирии при симптомах энцефалопатии | Да/Нет |
| 12. | Выполнено информирование пациентов, их родственников и семейных врачей о правилах использования лекарственных препаратов, необходимости своевременного лечения инфекций и незамедлительной госпитализации при появлении симптомов атаки острой порфирии. Выполнено обучение пациентов принципам здорового образа жизни, которые включают: регулярное нормо-калорийное питание, достижение верхней границы нормы индекса массы тела, недопустимы | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | безуглеводная диета и резкое снижение массы тела (в том числе в случае лечения ожирения); полное исключение приема алкоголя; отказ от курения; профилактику стрессовых ситуаций, при необходимости, психотерапия и прием антидепрессантов, достаточное время для сна и отдыха, наблюдение врача - акушера-гинеколога и своевременное лечение любой гинекологической патологии | |

**4.83. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушениях обмена меди (болезни Вильсона) (код по МКБ-10: E83.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование церулоплазмина в крови (при установлении диагноза пациентам старше 1 года) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование меди в моче | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, и исследование активности щелочной фосфатазы в крови, и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, и исследование общего белка в крови, и исследование альбумина в крови, и исследование креатинина в крови, и исследование общего холестерина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение пеницилламином и (или) цинка сульфатом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено назначение элиминационной диеты | Да/Нет |

**4.84. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушениях обмена меди (болезни Вильсона) (код по МКБ-10: E83.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование церулоплазмина в крови (при установлении | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | диагноза пациентам старше 1 года) | |
| 2. | Выполнено исследование меди в моче | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование мочевины в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего холестерина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 7. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при наличии неврологических симптомов) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение элиминационной диеты | Да/Нет |

**4.85. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нарушении обмена фосфора (гипофосфатазии) (код по МКБ-10: E83.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение активности щелочной фосфатазы в крови (не менее 2 раз, при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение полиморфизма в гене ALPL в буккальном эпителии методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование неорганического фосфора в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение асфотазой альфа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование паратиреоидного гормона в крови | Да/Нет |

**4.86. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нарушении обмена фосфора (гипофосфатазии) (код по МКБ-10: E83.3)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение активности щелочной фосфатазы в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование неорганического фосфора в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение асфотазой альфа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование паратиреоидного гормона в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнена рентгенография пораженной части скелета (если не проводилась предшествующие 12 месяцев) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование почек (если не проводилось в последние 12 месяцев) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электроэнцефалография пациентам с наличием неврологической симптоматики (если не проводилась в последние 12 месяцев) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены нейросонография и (или) компьютерная томография головного мозга, и (или) магнитно-резонансная томография головного мозга при наличии у пациента с гипофосфатазией краниосиностоза, неврологической симптоматики (если не проводились в последние 24 месяца) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена спирометрия (если не проводилось последние 12 месяцев) пациентам старше 5 лет | Да/Нет |
| 11. | Выполнена консультация врачом-генетиком при установлении диагноза | Да/Нет |
| 12. | Выполнен тест 6-минутной ходьбы (если не проводился в предшествующие 6 месяцев) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.87. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при кистозном фиброзе (муковисцидозе) (код по МКБ-10: E84)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование активности панкреатической эластазы-1 в образцах кала методом иммуноферментного анализа (при установлении диагноза и не реже 1 раза в 12 месяцев у пациентов с концентрацией панкреатической эластазы-1 > 200 мкг/г в кале) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (консультация) врача-диетолога первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога при обострении хронического синусита | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено микробиологическое исследование посева флоры в мокроте или фарингеальном мазке, или индуцированной мокроте, или трахеальном аспирате не реже 1 раза в 3 месяца | Да/Нет |
| 5. | Выполнена спирометрия пациенту старше 5 (не реже 1 раза в 3 месяца) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение патогенетической (таргетной) терапии ивакафтором и лумакафтором пациентам, гомозиготным по мутации F508del в гене CFTR | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение лекарственным препаратом панкреатина в виде минимикросфер с кислотоустойчивой оболочкой (при снижении уровня панкреатической эластазы-1 в кале < 200 мкг/г, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение муколитическими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение лекарственными препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (селективные бета2-адреномиметики и (или) антихолинергические средства) при наличии бронхиальной обструкции (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами в виде ингаляций через небулайзер и (или) совместно с таблетированными, и (или) внутривенными формами (пациентам с обострением муковисцидоза или хронической грамотрицательной респираторной инфекцией, и при выявлении новых патогенов (с учетом чувствительности выделенного микроорганизма), в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено назначение диетотерапии | Да/Нет |
| 12. | Выполнено назначение диспансерного приема (осмотра, консультации) врача-пульмонолога или врача-терапевта или врача-педиатра или врача общей практики (семейного врача) | Да/Нет |

**4.88. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кистозном фиброзе (муковисцидозе) (код по МКБ-10: E84)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (консультация) врача-диетолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный при обострении хронического синусита | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено микробиологическое исследование посева флоры в мокроте или фарингеальном мазке, или индуцированной мокроте, или трахеальном аспирате | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение патогенетической (таргетной) терапии ивакафтором и лумакафтором пациентам, гомозиготным по мутации F508del в гене CFTR | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение препаратом панкреатина в виде минимикросфер с кислотоустойчивой оболочкой (при снижении уровня панкреатической эластазы-1 в кале > 200 мкг/г, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение муколитическими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение лекарственными препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей: (селективные бета2-адреномиметики и (или) антихолинергические средства) при наличии бронхиальной обструкции (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами в виде ингаляций через небулайзер и (или) совместно с таблетированными, и (или) внутривенными формами (пациентам с обострением муковисцидоза или хронической грамотрицательной респираторной инфекцией и при выявлении новых патогенов (с учетом чувствительности выделенного микроорганизма), в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами внутривенно (не менее чем двумя, при тяжелом обострении заболевания) с учетом чувствительности выделенного микроорганизма (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено назначение диетотерапии | Да/Нет |
| 11. | Выполнена кинезитерапия | Да/Нет |

**4.89. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при семейной средиземноморской лихорадке (Наследственном семейном амилоидозе) (код по МКБ-10: E85.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности лечения не реже 1 раза в 1 месяц после инициации или коррекции терапии и не реже одного раза в 3 | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | месяца после достижения ремиссии заболевания, оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения и (или) осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений и (или) побочных эффектов, и (или) стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом через 3 месяца и 6 месяцев после назначения и (или) коррекции терапии и далее каждые 6 месяцев и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости лечения) | |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование креатинина в крови, исследование ферритина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование общего холестерина в крови пациентам, получающим глюкокортикоиды (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (пациентам, получающим ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа, не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена электрокардиография (не, реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 12. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) | Да/Нет |
| 14. | Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом при наличии лихорадки и (или) болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено введение канакинумаба или анакинры, или тоцилизумаба, или адалимумаба, или этанерцепта (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено лечение безвременника осеннего семян экстрактом (колхицином) (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено введение метотрексата или сульфасалазина (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 19. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 20. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии) | Да/Нет |
| 21. | Выполнен диспансерный прием (консультация) врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 22. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара) | Да/Нет |
| 23. | Выполнен диспансерный прием (консультация) врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 3 месяцев) | Да/Нет |
| 24. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы с туберкулином и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном, и (или) с инфильтративными очагами в легких) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 25. | Выполнен прием (консультация) врача-нефролога первичный (пациентам с наличием протеинурии и (или) гематурии) | Да/Нет |
| 26. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости) | Да/Нет |

**4.90. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при семейной средиземноморской лихорадке (Наследственном семейном амилоидозе) (код по МКБ-10: E85.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (с выполнением оценки эффективности и безопасности терапии, оценкой значения индекса AIDAI, оценкой по шкале FMF50 и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости терапии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование креатинина в крови, исследование ферритина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам со снижением уровня гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антистрептолизина-О в крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнены определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови, определение активности антитромбина III в крови, исследование растворимых фибринмономерных комплексов в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, исследование плазминогена в крови, исследование фибриногена в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам, получающим антитромботические средства) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и (или) пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК (при установлении диагноза и (или) пациентам, получающим ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа), определение содержания антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов (PR3 (c-ANCA), МПО (p-ANCA)), определение антицентромерных антител в крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (при установлении диагноза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование прокальцитонина в крови (при установлении диагноза и (или) пациентам с лихорадкой, и (или) перед назначением (коррекцией) терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 12. | Выполнен комплекс исследований для диагностики криопирин-ассоциированных синдромов (выявление вариантов в гене MEFV) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено исследование иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 14. | Выполнены количественное определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, количественное определение ДНК вируса простого герпеса 1, 2 типов (Herpes simplex virus 1, 2) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 15. | Выполнены определение антител IgM к вирусу Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови и определение антител IgG к вирусу Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 16. | Выполнены определение антител класса G (IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови, определение антител класса M (IgM) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex) (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 18. | Выполнены определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 19. | Выполнены определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (Chlamydia psittaci) в крови, определение антител класса M (IgM) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови, определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 20. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 22. | Выполнено исследование кальпротектина в кале (при установлении | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | диагноза и при подозрении на воспалительное заболевание кишечника) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 23. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи, исследование общего белка в суточной моче, исследование альбумина в моче (не реже 1 раза в 7 календарных дней) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 24. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 25. | Выполнена электрокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 26. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 27. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза и пациентам, получающим нестероидные противовоспалительные и (или) глюкокортикоиды, и (или) пациентам с диспепсическими явлениями) | Да/Нет |
| 28. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 29. | Выполнена компьютерная томография сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 30. | Выполнены рентгенография височно-нижнечелюстного сустава и (или) рентгенография локтевого сустава, и (или) рентгенография лучезапястного сустава, и (или) рентгенография коленного сустава, и (или) рентгенография плечевого сустава, и (или) рентгенография тазобедренного сустава, и (или) рентгенография голеностопного сустава (при наличии артрита височно-нижнечелюстного сустава и (или) артрита локтевого сустава, и (или) артрита лучезапястного сустава, и (или) артрита коленного сустава, и (или) артрита плечевого сустава, и (или) артрита тазобедренного сустава, и (или) артрита голеностопного сустава и при невозможности выполнения компьютерной томографии сустава) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 31. | Выполнена магнитно-резонансная томография сустава (один сустав) (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 32. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 33. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 34. | Выполнены магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 35. | Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и (или) пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника) | Да/Нет |
| 36. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала толстой кишки (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 37. | Выполнено цитологическое исследование пунктата костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание) | Да/Нет |
| 38. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костной ткани (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит) | Да/Нет |
| 39. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала лимфоузла (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и (или) внутригрудных, и (или) внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое или онкогематологическое, или лимфопролиферативное заболевание) | Да/Нет |
| 40. | Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам с фебрильной или гектической лихорадкой, и (или) с серозитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 41. | Выполнено лечение безвременника осеннего семян экстрактом (колхицином) и (или) канакинумабом, или анакинрой, или тоцилизумабом, или адалимумабом, или этанерцептом (при подтвержденном диагнозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 42. | Выполнено лечение метоторексатом или сульфасалазином (у пациентов с активным артритом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 43. | Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 44. | Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 45. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 46. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 47. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР-органов, с проведением импедансометрии и тональной аудиометрии) | Да/Нет |
| 48. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы с туберкулином и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном, и (или) с инфильтративными очагами в легких) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 49. | Выполнены прием (консультация) врача - детского онколога первичный и (или) прием (консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено или выявлено онкологическое или онкогематологическое, или лимфопролиферативное заболевание, или метастатическое поражение) | Да/Нет |

**4.91. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Гоше (код по МКБ-10: E75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование бета-глюкоцереброзидазы клеток крови и (или) молекулярно-генетическая диагностика болезни Гоше (поиск | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | мутаций в гене GBA) (комплекс исследований для диагностики болезни Гоше) (при диагностике) | |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного), исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование альбумин/глобулинового соотношения в крови, исследование холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение ферментными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка эффективности лечения (ферментными лекарственными препаратами) | Да/Нет |

**4.92. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Гоше (код по МКБ-10: E75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование бета-глюкоцереброзидазы клеток крови и (или) молекулярно-генетическая диагностика болезни Гоше (поиск мутаций в гене GBA) (комплекс исследований для диагностики болезни Гоше) (при диагностике) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнена магнитно-резонансная томография костной ткани (одна область) (бедренных костей) и магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (коленных и тазобедренных суставов) (при диагностике) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнено исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного), исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование альбумин/глобулинового соотношения в крови, исследование холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение ферментными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка эффективности лечения (ферментными лекарственными препаратами) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный при наличии патологии костно-суставной системы | Да/Нет |

**4.93. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефиците 3-гидрокси-3-метилглутарил-КоА лиазы (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение концентрации органических кислот в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение вариантов генов в образце биологического материала методом таргетного высокопроизводительного секвенирования (поиск биаллельных патогенных вариантов в гене HMGCL) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный и прием (консультация) врача-генетика повторный | Да/Нет |
| 5. | Назначена диетотерапия | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.94. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефиците 3-гидрокси-3-метилглутарил-КоА лиазы (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Назначена диетотерапия | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение левокарнитином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.95. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при других сфинголипидозах (болезни Гоше) (код по МКБ-10: E75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение активности β-D-глюкозидазы в крови (комплекс исследований для диагностики болезни Гоше) при постановке диагноза | Да/Нет |
| 2. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование - выявление мутаций гена GBA (комплекс исследований для диагностики болезни Гоше) при постановке диагноза | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение пожизненной ферментной заместительной терапии пациентам с подтвержденным диагнозом болезни Гоше 1 типа без поражения нервной системы и пациентам с хроническим поражением нервной системы (болезнь Гоше 3 тип), у которых имеются клинически значимые проявления заболевания кроме неврологических проявлений | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

**4.96. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при других сфинголипидозах (болезни Гоше) (код по МКБ-10: E75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и (или) ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение содержания глюкозилсфингозина (Lyso-Gb1) в крови (комплекс исследований для диагностики болезни Гоше) до начала лечения и для мониторинга лечения и прогрессирования заболевания 1 раз в год | Да/Нет |

**4.97. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при недостаточности 3-метилкротонил-КоА карбоксилазы (3-метилкротонилглицинурии, метилкротонил КоА карбоксилазной недостаточности) (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение концентрации органических кислот в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение вариантов генов в образце биологического материала методом таргетного высокопроизводительного секвенирования (молекулярно-генетическое исследование генов MCCC1 и MCCC2) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный и повторный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение диетотерапии | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение левокарнитином в дозировке 50 - 200 мг/кг/сутки пациентам с недостаточностью 3-метилкротонил-КоА карбоксилазы, имеющим недостаток свободного карнитина (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**4.98. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при недостаточности 3-метилкротонил-КоА карбоксилазы (3-метилкротонилглицинурии, метилкротонил КоА карбоксилазной недостаточности) (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено назначение диетотерапии | Да/Нет |

**4.99. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при недостаточности митохондриальной ацетоацетил-КоА-тиолазы (дефиците бета-кетотиолазы, дефиците Т2) (код по МКБ-10: E71.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение концентрации органических кислот в моче методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование аминокислот и ацилкарнитинов в крови методом тандемной масс-спектрометрии | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене ACAT1 (комплекс исследований для диагностики органических ацидурий) при установлении диагноза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене ACAT1 (комплекс исследований для диагностики органических ацидурий) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | при установлении диагноза | |
| 5. | Выполнены исследование глюкозы в крови, исследование аммиака в крови, исследование молочной кислоты (лактата) в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнены прием (консультация) врача-генетика первичный и прием (консультация) врача-генетика повторный | Да/Нет |

**4.100. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при амиодарон-индуцированной дисфункции щитовидной железы (коды по МКБ-10: E03.2, E05.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование тиреотропного гормона в крови и исследование свободного тироксина в крови пациенту при подозрении на амиодарон-индуцированный гипотиреоз | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование тиреотропного гормона в крови, исследование свободного тироксина в крови, исследование свободного трийодтиронина в крови, и определение антител к рецептору тиреотропного гормона в крови пациенту при подозрении на амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз | Да/Нет |
| 3. | Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы с диагностическими радиофармацевтическими средствами натрия йодид [131I] или натрия йодид [123I], или натрия пертехнетат [99mTc], или ультразвуковое исследование щитовидной железы пациенту с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом при наличии одного или нескольких узлов в щитовидной железе, размером 1,5 см и больше | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы (при дифференциальной диагностике амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 1 типа и амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 2 типа) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение левотироксином натрия пациенту с манифестным амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами, блокирующими синтез тиреоидных гормонов, антитиреоидными лекарственными препаратами (тиамазол, пропилтиоурацил), пациенту с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом 1 типа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение преднизолоном пациенту с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом 2 типа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение комбинацией антитиреоидных лекарственных | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | препаратов (тиамазол или пропилтиоурацил) и глюкокортикоидов (преднизолон) пациенту со смешанным вариантом амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**4.101. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при амиодарон-индуцированной дисфункции щитовидной железы (коды по МКБ-10: E03.2, E05.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови и исследование свободного тироксина в крови пациенту при подозрении на амиодарон-индуцированный гипотиреоз | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование тиреотропного гормона в крови, и исследование свободного тироксина в крови, исследование свободного трийодтиронина в крови и определение антител к рецептору тиреотропного гормона в крови пациенту при подозрении на амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз | Да/Нет |
| 3. | Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы с диагностическими радиофармацевтическими средствами натрия йодид [131I] или натрия йодид [123I], или натрия пертехнетат [99mTc], или ультразвуковое исследование щитовидной железы пациенту с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом при наличии одного или нескольких узлов в щитовидной железе, размером 1,5 см и больше | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы (при дифференциальной диагностике амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 1 типа и амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 2 типа) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение левотироксином натрия пациенту с манифестным амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами, блокирующими синтез тиреоидных гормонов, антитиреоидными лекарственными препаратами (тиамазол, пропилтиоурацил), пациенту с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом 1 типа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение преднизолоном пациенту с амиодарон-индуцированным тиреотоксикозом 2 типа (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение комбинацией антитиреоидных лекарственных препаратов (тиамазол или пропилтиоурацил) и глюкокортикоидов (преднизолон) пациенту со смешанным вариантом амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза (в зависимости от медицинских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 9. | Выполнена тиреоидэктомия (при прогрессировании сердечно-сосудистой патологии, амиодарон-индуцированном тиреотоксикозе, резистентном к лекарственной терапии, при наличии побочных эффектов основной терапии) | Да/Нет |

## 5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

### 5.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при когнитивных расстройствах у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ-10: F00 - F03, F06.7, G30 - G31, I67 - I69)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра и (или) прием (консультация) врача-невролога, и (или) прием (консультация) врача-психиатра | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование витамина B12 (цианокобаламин) в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено нейропсихологическое обследование | Да/Нет |
| 7. | Выполнены магнитно-резонансная томография головного мозга и (или) компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен клинико-психологический тренинг | Да/Нет |
| 9. | Выполнены индивидуальные занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга и (или) групповые занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение мемантином и (или) донепезилом, или ривастигмином, или галантамином (при наличии деменции) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | противопоказаний) | |

**5.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при когнитивных расстройствах у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ-10: F00 - F03, F06.7, G30 - G31, I67 - I69)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-гериатром и (или) осмотр врачом-неврологом, и (или) осмотр врачом-психиатром | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование витамина B12 (цианокобаламин) в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено нейропсихологическое обследование | Да/Нет |
| 7. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и (или) компьютерная томография головного мозга (при установлении диагноза) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен клинико-психологический тренинг | Да/Нет |
| 9. | Выполнены индивидуальные занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга и (или) групповые занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение мемантином и (или) донепезилом, или ривастигмином, или галантамином (при наличии деменции) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**5.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при делирии, не обусловленном алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста (код по МКБ-10: F05)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена диагностика делирия клинико-психопатологическим методом согласно критериям МКБ-10 | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка соматического статуса | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка неврологического статуса с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |

**5.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при делирии, не обусловленном алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста (код по МКБ-10: F05)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена диагностика делирия клинико-психопатологическим методом согласно критериям МКБ-10 | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка соматического статуса | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка неврологического статуса с помощью вопросника, оценочной шкалы | Да/Нет |
| 4. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый и исследование мочевины в крови и исследование креатинина в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование С-реактивного белка в крови, общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование свободного тироксина в крови и исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови и исследование общего билирубина в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга при указании на предшествующую делирию черепно-мозговую травму, при впервые выявленной очаговой неврологической симптоматике, при общемозговых симптомах и лихорадке неясного генеза | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение первичного заболевания, вызвавшего делирий | Да/Нет |
| 10. | Выполнено купирование психомоторного возбуждения с помощью антипсихотических средств атипичного ряда при наличии показаний, а при невозможности купирования лекарственными препаратами атипичного ряда выполнено купирование галоперидолом при наличии медицинских показаний | Да/Нет |

**5.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, пагубном (с вредными последствиями) употреблении (коды по МКБ-10: F10.1, F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F17.1, F18.1, F19.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено клинико-психологическое обследование | Да/Нет |
| 5. | Выполнено количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в моче иммунохимическим методом при первичном скрининге мочи на содержание психоактивных веществ | Да/Нет |
| 6. | Выполнено мотивационное интервью | Да/Нет |

**5.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, абстинентном состоянии (синдроме отмены) с делирием (коды по МКБ-10: F10.4, F11.4, F13.4, F19.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра-нарколога первичный и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный и (или) прием (консультация) врача-психиатра первичный (при подозрении на синдром отмены с делирием) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено круглосуточное наблюдение за пациентом и лечебно-охранительный режим | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение производными бензодиазепина и тиамином не позднее 2 часов с момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего билирубина в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови, исследование хлора в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение показателей жизненно важных функций (дыхание, артериальное давление, частота сердечных сокращений, диурез, температура) не менее 2 раз в 24 часа до момента купирования симптоматики синдрома отмены с делирием, указанной в диагностических критериях МКБ-10 (F1x.4, F05.) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена электрокардиография не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра-нарколога с установлением факта купирования симптоматики синдрома отмены с делирием, указанной в диагностических критериях МКБ-10 (F1x.4, F05.) | Да/Нет |

**5.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при шизофрении (коды по МКБ-10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6 F20.8, F20.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный с психопатологическим обследованием | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение антипсихотических средств (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение антихолинергических средств (при развитии экстрапирамидных побочных симптомов, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена социально-реабилитационная работа и (или) психотерапия, и (или) групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и (или) групповая психообразовательная работа с родственниками больного с психическим расстройством и расстройством поведения, и (или) клинико-социальная трудотерапия | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра повторный с проведением оценки эффективности лечения | Да/Нет |

**5.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при шизофрении (коды по МКБ-10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врача-психиатра с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях с оценкой эффективности курса терапии | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий клинический анализ крови расширенный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антипсихотическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антихолинергическими средствами (при развитии экстрапирамидных побочных симптомов, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена социально-реабилитационная работа и (или) психотерапия, и (или) групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и (или) клинико-социальная трудотерапия | Да/Нет |

**5.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при шизофрении (коды по МКБ-10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра детского первичный, включая сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование пролактина в крови всем детям с диагностированной шизофренией, принимающий антипсихотические лекарственные препараты, влияющими на уровень пролактина в крови, не реже 1 раза в 3 месяца | Да/Нет |
| 4. | Выполнено клинико-психологическое консультирование | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение лекарственными антипсихотическими препаратами первого или второго поколения с целью купирования психотической симптоматики | Да/Нет |
| 6. | Выполнена индивидуальная и (или) групповая когнитивно-поведенческая психотерапия | Да/Нет |
| 7. | Выполнен клинико-психологический тренинг (тренинг когнитивных способностей, тренинг социальных навыков) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственниками | Да/Нет |
| 9. | Выполнена школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |

**5.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при шизофрении (коды по МКБ-10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование пролактина в крови ребенку с диагностированной шизофренией, принимающему лекарственные антипсихотические препараты, влияющие на уровень пролактина в крови, не реже 1 раза в 3 месяца | Да/Нет |
| 3. | Выполнено клинико-психологическое консультирование | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными антипсихотическими препаратами первого или второго поколения с целью купирования психотической симптоматики | Да/Нет |
| 5. | Выполнена индивидуальная и (или) групповая когнитивно-поведенческая психотерапия | Да/Нет |
| 6. | Выполнен клинико-психологический тренинг (тренинг когнитивных способностей, тренинг социальных навыков) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственниками | Да/Нет |
| 8. | Выполнено проведение обучения психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |

**5.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при биполярном аффективном расстройстве (коды по МКБ-10: F31, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.30, F31.31, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра с выполнением клинико-психопатологического обследования, включая сбор анамнеза и оценку опасности для себя и (или) окружающих (с частотой в соответствии с группой диспансерного наблюдения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение антипсихотических средств и (или) препаратов нормотимического действия, и (или) препаратов лития (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | противопоказаний) | |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |

**5.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при биполярном аффективном расстройстве (коды по МКБ-10: F31, F31.0, F31.1, F31.2, F31.3, F31.30, F31.31, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра с выполнением клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза и оценку опасности для себя и (или) окружающих) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий клинический анализ крови (не реже, чем 1 раз в 1 месяц) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование липопротеинов в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови (не реже, чем 1 раз в 1 месяц) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование глюкозы в крови (не реже, чем 1 раз в 1 месяц) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография (не реже, чем 1 раз в 1 месяц) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антипсихотическими средствами и (или) препаратами нормотимического действия, и (или) препаратами лития (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |

**5.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при депрессивном эпизоде, рекуррентном депрессивном расстройстве (коды по МКБ-10: F32, F33)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный с психопатологическим обследованием и оценкой риска суицидального поведения | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение антидепрессантов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта (терапевтической резистентности) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены социально-реабилитационная работа, и (или) психотерапия, и (или) групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и (или) групповая психообразовательная работа с родственниками больного с психическим расстройством и расстройством поведения | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра повторный с проведением оценки эффективности лечения | Да/Нет |

**5.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым депрессивном эпизоде, рекуррентном депрессивном расстройстве (коды по МКБ-10: F32, F33)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-психиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях с оценкой эффективности курса терапии | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антидепрессантами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта (терапевтической резистентности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены социально-реабилитационная работа, и (или) психотерапия, и (или) групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения, и (или) групповая психообразовательная работа с родственниками больного с психическим расстройством и расстройством поведения | Да/Нет |

**5.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при тревожно-фобических расстройствах (код по МКБ-10: F40)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный и (или) прием (консультация) врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность фобических проявлений и ограничительного поведения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение антидепрессантов и (или) анксиолитиков (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 4. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта (терапевтической резистентности) или непереносимости терапии | Да/Нет |
| 5. | Выполнены индивидуальная и (или) групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа | Да/Нет |
| 6. | Выполнены прием (консультация) врача-психиатра повторный и (или) прием (консультация) врача-психотерапевта повторный с проведением оценки эффективности лечения | Да/Нет |

**5.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым тревожно-фобических расстройствах (код по МКБ-10: F40)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра и (или) прием (консультация) врача-психотерапевта с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях с оценкой эффективности курса лечения | Да/Нет |
| 2. | Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение антидепрессантами и (или) анксиолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта (терапевтической резистентности) или непереносимости лечения | Да/Нет |
| 6. | Выполнена индивидуальная и (или) групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивного амбулаторного лечения | Да/Нет |

**5.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при паническом расстройстве (код по МКБ-10: F41.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный и (или) прием (консультация) врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование | Да/Нет |
| 4. | Назначен прием лекарственных препаратов (антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и (или) венлафаксин, и (или) производные бензодиазепина) при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии | Да/Нет |
| 6. | Выполнена индивидуальная и (или) групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивного амбулаторного лечения | Да/Нет |

**5.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при паническом расстройстве (код по МКБ-10: F41.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-психиатра первичный и (или) прием (консультация) врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-психиатром и (или) врачом-психотерапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях с оценкой эффективности курса лечения | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лабораторное обследование, включая общий (клинический) анализ крови базовый, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови, исследование глюкозы в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование С-реактивного белка в крови, общий (клинический) анализ мочи, исследование общего трийодтиронина в крови, свободного трийодтиронина в крови, общего тироксина в крови, свободного тироксина в крови, тиреотропного гормона в крови, определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | 1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) и измерение массы тела, и расчет индекса массы тела | |
| 4. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электроэнцефалография | Да/Нет |
| 6. | Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование | Да/Нет |
| 8. | Выполнена психофармакотерапия (антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и (или) венлафаксин, и (или) производные бензодиазепина) при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена смена лечения при отсутствии эффективности или непереносимости лечения | Да/Нет |
| 10. | Выполнены индивидуальная и (или) групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа | Да/Нет |
| 11. | Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивного амбулаторного лечения | Да/Нет |

**5.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при генерализованном тревожном расстройстве (код по МКБ-10: F41.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный и (или) прием (консультация) врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение антидепрессантами и (или) анксиолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена индивидуальная и (или) групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта или непереносимости терапии | Да/Нет |

**5.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при генерализованном тревожном расстройстве (код по МКБ-10: F41.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный и (или) прием (консультация) врача-психотерапевта первичный с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования (включая сбор анамнеза, оценку суицидального риска, выраженность панических атак и ограничительного поведения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено индивидуальное клинико-психологическое консультирование | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антидепрессантами и (или) анксиолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффекта или непереносимости терапии | Да/Нет |
| 7. | Выполнена индивидуальная и (или) групповая психотерапия, социально-реабилитационная работа | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка эффективности и безопасности продолжения противорецидивной амбулаторной терапии | Да/Нет |

**5.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при обсессивно-компульсивном расстройстве (коды по МКБ-10: F42, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра с выполнением клинико-психопатологического обследования, включая сбор анамнеза и оценку суицидального риска | Да/Нет |
| 2. | Выполнено экспериментально-психологическое обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение антидепрессантов и (или) психотерапии (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена коррекция терапии в случае отсутствия или недостаточной | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | выраженности эффекта терапии первого выбора (наличие терапевтической резистентности) | |
| 5. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |

**5.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым обсессивно-компульсивном расстройстве (коды по МКБ-10: F42, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра с выполнением клинико-психопатологического обследования, включая сбор анамнеза и оценку суицидального риска | Да/Нет |
| 2. | Выполнено клиническое обследование, позволяющее исключить сопутствующую соматическую патологию и другие факторы риска (общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови для оценки функции щитовидной железы, нарушений липидного обмена, уровня глюкозы крови, не реже, чем 1 раз в 1 месяц) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (не реже, чем 1 раз в 1 месяц) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено экспериментально-психологическое обследование | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антидепрессантами и (или) выполнена психотерапия (в качестве купирующей или поддерживающей и профилактической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена коррекция терапии в случае отсутствия или недостаточной выраженности эффекта терапии первого выбора (наличие терапевтической резистентности) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка эффективности лечения | Да/Нет |

**5.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при посттравматическом стрессовом расстройстве (код по МКБ-10: F43.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено клиническое обследование (собраны клинико-анамнестические, клинико-психопатологические данные), установлено соответствии диагностическим критериям посттравматического стрессового расстройства по МКБ-10 | Да/Нет |
| 2. | Выполнено экспериментально психологическое обследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи, исследование общего трийодтиронина в крови, исследование свободного трийодтиронина в крови, исследование общего тироксина в крови, исследование свободного тироксина в крови, исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка наличия коморбидной психической патологии | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оценка наличия коморбидной соматической патологии | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка наличия риска суицидального поведения | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка наличия социальной поддержки | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение селективными ингибиторами обратного захвата серотонина или венлафаксином | Да/Нет |
| 10. | Выполнен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7, 14 и 28 календарный день и далее ежемесячно) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии | Да/Нет |
| 12. | Выполнена психотерапевтическая коррекция состояния | Да/Нет |

**5.24. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при посттравматическом стрессовом расстройстве (код по МКБ-10: F43.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено клиническое обследование (собраны клинико-анамнестические, клинико-психопатологические данные), установлено соответствии диагностическим критериям посттравматического стрессового расстройства по МКБ-10 | Да/Нет |
| 2. | Выполнено экспериментально психологическое обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи, исследование общего трийодтиронина в крови, исследование свободного трийодтиронина в крови, исследование общего тироксина в крови, исследование свободного тироксина в крови, исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка наличия коморбидной психической патологии | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оценка наличия коморбидной соматической патологии | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка наличия риска суицидального поведения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнена оценка наличия социальной поддержки | Да/Нет |
| 9. | Выполнен анализ эффективности и переносимости назначенной терапии (на 7, 14 и 28 календарный день и далее ежемесячно) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена смена терапии при отсутствии эффективности или непереносимости терапии | Да/Нет |
| 11. | Выполнена психотерапевтическая коррекция состояния | Да/Нет |
| 12. | Выполнено назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксина | Да/Нет |
| 13. | Выполнено достижение уменьшения уровня выраженности симптоматики | Да/Нет |

**5.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при эректильной дисфункции (коды по МКБ-10: F52.2, N48.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено анкетирование по опроснику МИЭФ-5 | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего холестерина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего тестостерона в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение рекомендаций по изменению образа жизни перед началом медикаментозного лечения | Да/Нет |

**5.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эректильной дисфункции (коды по МКБ-10: F52.2, N48.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено анкетирование по опроснику МИЭФ-5 | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего холестерина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего тестостерона в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение рекомендаций по изменению образа жизни перед началом лечения лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение ингибиторов фосфодиэстеразы-5 в качестве первой линии терапии эректильной дисфункции | Да/Нет |

**5.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при умственной отсталости (коды по МКБ-10: F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0,**

**F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование с использованием общепринятого психологического инструментария (тест Векслера, тест Равена) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена социально-реабилитационная работа | Да/Нет |

**5.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при умственной отсталости (коды по МКБ-10: F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование с использованием общепринятого психологического инструментария (тест Векслера, тест Равена) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антипсихотическими средствами (при наличии психомоторного возбуждения, самоповреждающего и импульсивного поведения и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена социально-реабилитационная работа | Да/Нет |
| 5. | Выполнено создание индивидуальных программ по социально-бытовой реабилитации лиц с установленным диагнозом "умственная отсталость" | Да/Нет |
| 6. | Выполнено диспансерное наблюдение врачом-психиатром участковым пациенту с установленным диагнозом "умственная отсталость" | Да/Нет |

**5.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при умственной отсталости (коды по МКБ-10: F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра детского первичный ребенку с задержкой психического развития и подозрением на диагноз "умственная отсталость" | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный пациентам с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | выраженными аномалиями и (или) пороками развития, множественными стигмами дизэмбриогенеза, если у родителей ребенка имелись дети с наследственной и (или) хромосомной патологией, или хотя бы один из родителей ранее подвергался воздействию мутагенных вредностей (химических, радиационных) | |
| 5. | Выполнено психологическое исследование с использованием теста Векслера, теста Равена, теста Стэнфорд-Бине при направлении на медико-психолого-педагогическую комиссию, на медико-социальную экспертизу, на военно-врачебную комиссию (лицам подросткового возраста) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена психообразовательная работа с родственниками пациента и пациентом | Да/Нет |

**5.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при умственной отсталости (коды по МКБ-10: F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено психологическое исследование с использованием теста Векслера, теста Равена, теста Стэнфорд-Бине при направлении на медико-психолого-педагогическую комиссию, на медико-социальную экспертизу, на военно-врачебную комиссию (лицам подросткового возраста) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный пациентам, у которых отмечаются выраженные аномалии и (или) пороки развития, множественные стигмы дизэмбриогенеза, если у родителей ребенка имелись дети с наследственной и (или) хромосомной патологией, или хотя бы один из родителей ранее подвергался воздействию мутагенных вредностей (химических, радиационных) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра детского первичный в психоневрологическом диспанесере | Да/Нет |

**5.31. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при специфических расстройствах развития речи (коды по МКБ-10: F80.0, F80.1, F80.2, F80.88)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен скрининг (анкетирование на выявление расстройств речи и использование опросника M-CHAT-R/F) в рамках осмотра врача-педиатра для выявления риска возникновения нарушений психического развития, в том числе уровня речевого развития, ребенка в возрасте 2 лет) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра детского или прием (консультация) врача-психиатра детского участкового ребенку из группы риска по специфическим расстройствам речевого развития | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) медицинского психолога ребенка с установленным диагнозом "специфическое расстройство развития речи" (дисфазия развития) при подозрении на задержку психического развития и (или) отдельные когнитивные нарушения, и (или) эмоционально-поведенческие особенности, влияющие на речь, и (или) семейно-педагогические условия (включая детско-родительские отношения), влияющие на речь | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога или прием (консультация) врача-оториноларинголога (при подозрении на нарушения слуха) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены медико-логопедические процедуры | Да/Нет |
| 6. | Выполнены медико-логопедические тонально-ритмические процедуры детям, имеющим нарушения слоговой структуры | Да/Нет |
| 7. | Выполнены нейропсихологические процедуры детям, имеющим рецептивные (импрессивные) нарушения речи, нарушения гнозиса и праксиса | Да/Нет |
| 8. | Выполнено обучение родителей доступным приемам развивающей работы с ребенком в домашних условиях с целью отработки речевых, познавательных навыков и развития коммуникативных компетенций в объеме, назначенном логопедом и (или) медицинским психологом | Да/Нет |

**5.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при специфических расстройствах развития речи (коды по МКБ-10: F80.0, F80.1, F80.2, F80.88)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено углубленное медико-логопедическое обследование | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) медицинского психолога детям, с установленным диагнозом "специфическое расстройство развития речи" (дисфазия развития) при подозрении на задержку психического развития и (или) отдельные когнитивные нарушения и (или) эмоционально-поведенческие особенности, влияющие на речь, и (или) семейно-педагогические условия (включая детско-родительские отношения), влияющие на речь | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка психомоторного развития и состояния интеллектуальной сферы детей со специфическими расстройствами речевого развития (дисфазия развития) методикой Leiter-3 или методикой MPR, или методикой Е.А. Стребелевой | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | или прием (консультация) врача-оториноларинголога (при подозрении на нарушения слуха) | |
| 6. | Выполнены медико-логопедические процедуры | Да/Нет |
| 7. | Выполнены медико-логопедические тонально-ритмические процедуры детям, имеющим нарушения слоговой структуры | Да/Нет |
| 8. | Выполнены нейропсихологические процедуры детям, имеющим рецептивные (импрессивные) нарушения речи, нарушения гнозиса и праксиса | Да/Нет |
| 9. | Выполнено обучение родителей доступным приемам развивающей работы с ребенком в домашних условиях с целью отработки речевых, познавательных навыков и развития коммуникативных компетенций в объеме, назначенном логопедом и (или) психологом | Да/Нет |
| 10. | Выполнен скрининг (анкетирование) ребенка в возрасте 2 лет для выявления риска возникновения нарушений психического развития, в том числе уровня речевого развития, в рамках профилактических медицинских осмотров в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь | Да/Нет |
| 11. | Выполнено углубленное медико-логопедическое обследование для диагностики типа специфического расстройства развития речи (дисфазии развития) и последующей разработки программы речевой терапии | Да/Нет |
| 12. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный ребенку из группы риска по развитию специфического расстройства развития речи и детям с установленным диагнозом "специфическое расстройство развития речи" при наличии регресса развития, подозрении на эпилепсию и другие неврологические заболевания для проведения дифференциальной диагностики, выявления сопутствующих неврологических расстройств, принятия решения о необходимости назначения медикаментозной терапии | Да/Нет |
| 13. | Выполнено использование опросника M-CHAT-R/F ребенку с подозрением на расстройство рецептивной речи в возрасте для исключения расстройства аутистического спектра, симптомы которого часто маскируются тяжелыми нарушениями речи | Да/Нет |
| 14. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный или специалиста узкой специализации по медицинским показаниям при наличии соответствующих жалоб и симптоматики, выявленных в ходе сбора жалоб и (или) анамнеза и физикального осмотра для оценки наличия сопутствующих соматических расстройств | Да/Нет |
| 15. | Выполнен электроэнцефалографический мониторинг при подозрении на наличие пароксизмальных состояний | Да/Нет |
| 16. | Выполнено полисомнографическое обследование при наличии клинических признаков нарушений сна | Да/Нет |
| 17. | Выполнена медикаментозная терапия | Да/Нет |

**5.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при расстройствах аутистического спектра (коды по МКБ-10: F84.0, F84.1, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен скрининг с использованием опросника M-CHAT-R/F пациенту в возрасте от 16 до 30 месяцев для выявления риска расстройств аутистического спектра | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра при подозрении на расстройство аутистического спектра (риске расстройства аутистического спектра) пациенту | Да/Нет |
| 3. | Выполнено диспансерное наблюдение врачом-детским психиатром или врачом-психиатром подростковым | Да/Нет |
| 4. | Выполнен диспансерный прием врача-психиатра не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-детского психиатра или прием (консультация) врача-психиатра подросткового и сбор анамнеза | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра или прием (консультация) врача-педиатра участкового | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика для выявления либо исключения наследственных заболеваний обмена веществ | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога | Да/Нет |
| 9. | Выполнено психообразование (семейное клинико-психологическое консультирование) родителей или законных представителей пациента с целью информирования о заболевании, особенностях течения, лечения и абилитации, а также с целью психологической поддержки семьи | Да/Нет |

**5.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при расстройствах аутистического спектра (коды по МКБ-10: F84.0, F84.1, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского психиатра или прием (консультация) врача-психиатра подросткового и сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра или прием (консультация) врача-педиатра участкового | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика для выявления либо исключения наследственных заболеваний обмена веществ | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога | Да/Нет |
| 5. | Выполнено психообразование (семейное клинико-психологическое консультирование) родителей или законных представителей пациента с целью информирования о заболевании, особенностях течения, лечения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | и абилитации, а также с целью психологической поддержки семьи | |

**5.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением табака (никотина), синдроме зависимости от табака, синдроме отмены табака (коды по МКБ-10: F17.2, F17.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение степени выраженности зависимости от никотина с использованием теста Фагерстрема | Да/Нет |
| 2. | Выполнен расчет индекса курения | Да/Нет |
| 3. | Выполнен тест на определение степени мотивации к отказу от табака (опросник Прохаска) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение содержания угарного газа (монооксида углерода) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при наличии жалоб на кашель, одышку и выделение мокроты) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами, применяемыми при лечении никотиновой зависимости | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение анксиолитиками при наличии симптомов отмены никотина | Да/Нет |
| 8. | Выполнена короткая беседа (краткое консультирование) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено мотивационное консультирование (для пациентов со слабой мотивацией к отказу от табака (никотина) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение отхаркивающими и (или) муколитическими лекарственными препаратами при кашле | Да/Нет |

**5.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением табака (никотина), синдроме зависимости от табака, синдроме отмены табака (коды по МКБ-10: F17.2, F17.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение степени выраженности зависимости от никотина с использованием теста Фагерстрема | Да/Нет |
| 2. | Выполнен расчет индекса курения | Да/Нет |
| 3. | Выполнен тест на определение степени мотивации к отказу от табака (опросник Прохаска) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение содержания угарного газа (монооксида углерода) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при наличии жалоб на кашель, одышку и выделение мокроты) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена когнитивно-поведенческая терапия | Да/Нет |

**5.37. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, синдроме зависимости от психоактивных веществ (кроме алкоголя и никотина) (коды по МКБ-10: F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование альбумина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнено мотивационное интервью с целью включения пациента в реабилитационную программу | Да/Нет |

**5.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, синдроме отмены психоактивных веществ (абстинентное состояние, вызванное употреблением психоактивных веществ) (кроме алкоголя и никотина) (коды по МКБ-10: F11.3, F12.3, F13.3, F14.3, F15.3, F16.3, F18.3, F19.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование альбумина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови | |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы "производные бензодиазепина" (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**5.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при специфических расстройствах личности (коды по МКБ-10: F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение консультации врача-невролога при указании в анамнезе на органические вредности (травмы головы, нейроинфекции) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение анксиолитиков и (или) антипсихотических средств, и (или) антидепрессантов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение индивидуальной или групповой психотерапии | Да/Нет |

**5.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при специфических расстройствах личности (коды по МКБ-10: F60.0, F60.1, F60.2, F60.3, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F60.9, F61)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение консультации врача-невролога при указании в анамнезе на органические вредности (травмы головы, нейроинфекции) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение анксиолитиками и (или) антипсихотическими средствами, и (или) антидепрессантами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнена индивидуальная или групповая психотерапия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена интегративная оценка выявленных нарушений в различных сферах психической деятельности (мышление, эмоции, волевая сфера, критика), выявленные феномены систематизированы, дана их психопатологическая квалификация | Да/Нет |
| 7. | Выполнено тестирование по Шкале личностного и межличностного функционирования (The Self and Interpersonal Functioning Scale - SIFS) (в стационарных условиях и при первичном амбулаторном приеме) | Да/Нет |

**5.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением алкоголя. Синдроме отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние) (код по МКБ-10: F10.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего белка в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование альбумина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы "производные бензодиазепина" (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение тиамином с целью профилактики развития энцефалопатии Гайе-Вернике (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**5.42. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ (алкоголя, каннабиноидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов (кроме кофеина), галлюциногенов и нескольких психоактивных веществ),**

**психотическом расстройстве (коды по МКБ-10: F10.5, F12.5, F13.5, F14.5, F15.5, F16.5, F19.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено проведение судебно-химической и химико-токсикологической экспертиз (исследований) содержания в крови, моче и внутренних органах алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, отравляющих веществ, лекарственных средств с использованием метода тонкослойной хроматографии или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием, или газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности гамма глютамилтрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антипсихотическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение психомоторного возбуждения анксиолитическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**5.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ (алкоголя, опиоидов, каннабиноидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов (кроме кофеина), летучих растворителей, никотина, галлюциногенов и нескольких психоактивных веществ), острой интоксикации (коды по МКБ-10: F10.0, F11.0, F12.0, F13.0, F14.0, F15.0, F16.0, F17.0, F18.0, F19.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено мониторирование показателей жизненно важных функций (дыхание, артериальное давление, частота сердечных сокращений, диурез) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены восстановление проходимости дыхательных путей и (или) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний) | |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы "анксиолитики" (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование этанола в выдыхаемом воздухе или исследование этанола в слюне, или исследование этанола в крови, или определение других психоактивных веществ в моче, или определение других психоактивных веществ в слюне, или определение других психоактивных веществ в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография не позднее 2 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение лекарственными препаратами - антидотами (опиоидных рецепторов антагонистов при интоксикации опиоидами или бензодиазепинов антагонистом при интоксикации бензодиазепинами) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена дезинтоксикационная терапия адсорбирующими кишечными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение лекарственными препаратами янтарной кислоты и растворами, влияющими на электролитный баланс (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена дезинтоксикационная терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено достижение восстановления сознания и жизненно важных функций на момент выписки из отделения или стационара | Да/Нет |

**5.44. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением алкоголя, синдроме зависимости от алкоголя (код по МКБ-10: F10.2)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра-нарколога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование альбумина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение дисульфирамом или налтрексоном | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование карбогидрат-дефицитного трансферина в крови методом капиллярного электрофореза | Да/Нет |

## 6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

### 6.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при 5q-ассоциированной спинальной мышечной атрофии (коды по МКБ-10: G12.0, G12.1)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование делений 7-го или 8-го экзонов гена SMN1 (спинальная амиотрофия) в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение числа копий гена SMN2 | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение рисдипламом или нусинерсеном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

### 6.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при 5q-

**ассоциированной спинальной мышечной атрофии (коды по МКБ-10: G12.0, G12.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-невролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный, и (или) прием (консультация) врача-пульмонолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы | Да/Нет |

**6.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при проксимальной спинальной мышечной атрофии 5q (коды по МКБ-10: G12.0, G12.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача по паллиативной медицинской помощи первичный (при необходимости в паллиативной помощи) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование делеций 7-го или 8-го экзонов гена SMN1 (спинальная амиотрофия) в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение числа копий гена SMN2 | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение онасемногена абепарвовеком или нусинерсеном, или рисдипламом (в качестве патогенетической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**6.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при проксимальной спинальной мышечной атрофии 5g (коды по МКБ-10: G12.0, G12.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный и (или) прием (консультация) врача-пульмонолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение онасемногеном абепарвовеком или нусинерсеном, или рисдипламом (в качестве патогенетической терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |

**6.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни**

**Паркинсона, вторичном паркинсонизме и других заболеваниях, проявляющихся синдромом паркинсонизма (коды по МКБ-10: G20, G21.1, G21.2, G21.4, G23.1 - G23.3, G23.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический всем пациентам при наличии коморбидных заболеваний, которые могут влиять на течение заболевания и (или) режим терапии | Да/Нет |
| 2. | Выполнен неврологический осмотр с оценкой двигательных нарушений по шкале Хен - Яра | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головного мозга для исключения структурных изменений при атипичной клинической картине заболевания | Да/Нет |

**6.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Паркинсона, вторичном паркинсонизме и других заболеваниях, проявляющихся синдромом паркинсонизма (коды по МКБ-10: G20, G21.1, G21.2, G21.4, G23.1 - G23.3, G23.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический всем пациентам при наличии коморбидных заболеваний, которые могут влиять на течение заболевания и (или) режим терапии | Да/Нет |
| 2. | Выполнен неврологический осмотр с оценкой двигательных нарушений по шкале Хен - Яра | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография головного мозга для исключения структурных изменений при атипичной клинической картине заболевания | Да/Нет |
| 4. | Выполнена скрининговая нейропсихологическая оценка когнитивных функций | Да/Нет |
| 5. | Выполнены подбор и (или) коррекция программы стимуляции и медикаментозной терапии у пациента на фоне глубокой стимуляции мозга | Да/Нет |
| 6. | Выполнена постановка на диспансерный учет | Да/Нет |

**6.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дистонии (коды по МКБ-10: G24, G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка насильственных движений различных частей тела в покое и при физической нагрузке | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка наличия и (или) степени выраженности немоторных симптомов дистонии (боль, эмоциональные нарушения, расстройства сна) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение ботулиническим токсином типа А или ботулиническим токсином типа А - гемагглютинин комплекс пациентам с идиопатической цервикальной дистонией, блефароспазмом, спастической аддукторной дисфонией, гемифациальным спазмом, писчим спазмом | Да/Нет |

**6.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дистонии (коды по МКБ-10: G24, G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка насильственных движений различных частей тела в покое и при физической нагрузке | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка наличия и (или) степени выраженности немоторных симптомов дистонии (боль, эмоциональные нарушения, расстройства сна) | Да/Нет |

**6.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: G35.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел) пациентам с подозрением на рассеянный склероз и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга | Да/Нет |
| 3. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение с осмотром врачом-неврологом не реже чем 1 раз в 6 месяцев | Да/Нет |
| 4. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, исследование С-реактивного белка в крови, исследование фибриногена в крови, исследование общего кальция в крови, исследование тиреотропного гормона в крови, исследование свободного тироксина крови, определение антител к тиреопероксидазе в крови, исследование тиреоглобулина в крови; общий (клинический) анализ мочи и микроскопическое исследование осадка мочи; определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, определение антител классов M, G | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в крови; определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК | |
| 5. | Выполнено определение олигоклонального иммуноглобулина G (IgG) в ликворе и в крови методом изоэлектрофокусирования пациентам с подозрением на рассеянный склероз, в качестве дополнительного метода подтверждения диагноза "рассеянный склероз" | Да/Нет |

**6.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: G35.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено использование критериев МакДональда (редакция 2017) для подтверждения диагноза в дебюте заболевания | Да/Нет |
| 2. | Выполнено использование Шкалы функциональных систем по Куртцке и Расширенной шкалы инвалидизации (EDSS) при проведении неврологического осмотра | Да/Нет |
| 3. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел) пациентам с подозрением на рассеянный склероз и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение глюкокортикоидами в высоких дозах при обострении рассеянного склероза | Да/Нет |
| 6. | Выполнен высокообъемный плазмаферез для терапии обострения рассеянного склероза в случае неэффективности курса терапии глюкокортикоидами | Да/Нет |
| КонсультантПлюс: примечание.<br>Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа. | | |
| 8. | Выполнено установление типа течения и уровня инвалидизации по шкале EDSS всем пациентам с рассеянным склерозом перед назначением терапии, изменяющей течение рассеянного склероза | Да/Нет |
| 9. | Выполнено максимально раннее назначение лекарственных препаратов первой линии всем пациентам с ремиттирующим рассеянным склерозом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | с уровнем EDSS < 6,5 баллов, не соответствующих критериям быстропрогрессирующего рассеянного склероза, при первом назначении лечения лекарственными препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза | |
| 10. | Выполнена физическая реабилитация в качестве обязательного компонента реабилитационных программ | Да/Нет |

**6.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при эпилепсии и эпилептическом статусе (коды по МКБ-10: G40.0 - G40.9, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, G83.8, F80.3, R56.0, R56.8, P90)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование общего магния в крови, исследование хлора в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электроэнцефалография с функциональными пробами пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электроэнцефалография пациентам с эпилепсией для оценки эффективности лечения | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ, для выявления возможной причины заболевания | Да/Нет |
| 5. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом-неврологом | Да/Нет |

**6.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эпилепсии и эпилептическом статусе (коды по МКБ-10: G40.0 - G40.9, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, G83.8, F80.3, R56.0, R56.8, P90)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование общего магния в крови, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование хлора в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови (при установлении диагноза) | |
| 2. | Выполнена электроэнцефалография с функциональными пробами пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электроэнцефалография пациентам с эпилепсией для оценки эффективности лечения | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга пациентам, впервые в жизни перенесшим неспровоцированный эпилептический приступ для выявления возможной причины заболевания | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение противоэпилептической терапии пациентам - взрослым и детям в режиме монотерапии в соответствии с формой эпилепсии и типом приступов, с учетом коморбидных заболеваний и принимаемых сопутствующих препаратов, при установлении диагноза "эпилепсия" | Да/Нет |
| 6. | Выполнена коррекция противоэпилептической терапии пациентам - взрослым и детям: переход на режим альтернативной монотерапии или рациональной политерапии при сохранении приступов или появлении побочных эффектов у пациентов, принимающих первичную монотерапию противоэпилептическим лекарственным препаратом | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный пациентам с установленной фармакорезистентностью с целью решения вопроса о возможности нейрохирургического лечения эпилепсии | Да/Нет |

**6.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мигрени (коды по МКБ-10: G43, G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный или прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине мигрени, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при осложнениях мигрени (симптомы опасности) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение метоклопрамидом в дозе 10 - 20 мг внутрь или домперидоном 10 мг 3 раза в сутки внутрь при приступах мигрени с тошнотой и (или) рвотой | Да/Нет |
| 4. | Назначено профилактическое лечение топираматом или ботулиническим | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | токсином типа А - гемагглютинин комплекс, или антагонистами пептидов, связанных с геном кальцитонина мигрени пациентам, у которых мигрень сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью | |

**6.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мигрени (коды по МКБ-10: G43, G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный или прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине мигрени, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при осложнениях мигрени (симптомы опасности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине мигрени, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при осложнениях мигрени | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная томография головного мозга, магнитно-резонансная ангиография (одна область), магнитно-резонансная ангиография с внутривенным контрастированием (одна область), магнитно-резонансная венография (одна область) при редких формах мигрени с аурой и осложнениях мигрени с целью исключения органической патологии головного мозга и (или) церебральных сосудов (аневризмы, артериовенозной мальформации, диссекции сонных артерий) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено установление диагноза в соответствии с критериями международной классификации головных болей 3-го пересмотра (форма мигрени) при отсутствии настораживающих симптомов и при типичной клинической картине | Да/Нет |
| 6. | Выполнена клиническая диагностика основных коморбидных нарушений: депрессивное расстройство, тревожное расстройство, нарушение сна, другие болевые синдромы | Да/Нет |
| 7. | Выполнена терапия одним или более классами лекарственных препаратов, имеющими доказательную базу в профилактике мигрени: бета-адреноблокаторы, антидепрессанты, противоэпилептические препараты, кандесартан, напроксен, ботулинический токсин типа А - гемагглютинин комплекс, антагонисты пептидов, связанных с геном кальцитонина пациентам с частой эпизодической и хронической мигренью в целях профилактики | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнена терапия лекарственными препаратами сроком не менее 6 месяцев пациентам с частой эпизодической и хронической мигренью в целях профилактики | Да/Нет |
| 9. | Выполнена поведенческая терапия: информирование о необходимости значительного сокращения приема или временной отмены лекарственных препаратов с обезболивающим действием пациентам, у которых мигрень сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью | Да/Нет |
| 10. | Выполнена полная или частичная отмена лекарственного препарата (препаратов) злоупотребления пациентам, у которых мигрень сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение "рикошетной головной боли" и других симптомов отмены (детоксикационная терапия внутрь или парентерально) в период отмены лекарственного препарата (препаратов) злоупотребления пациентам с лекарственно-индуцированной головной болью | Да/Нет |
| 12. | Выполнена адекватная терапия мигрени лекарственными препаратами в целях профилактики: топирамат, ботулинический токсин типа А - гемагглютинин комплекс, антагонисты пептидов, связанных с геном кальцитонина пациентам, у которых мигрень сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью | Да/Нет |
| 13. | Выполнены доступные адекватные немедикаментозные методы лечения мигрени пациентам с частой эпизодической и хронической мигренью | Да/Нет |

**6.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при головной боли напряжения (коды по МКБ-10: G44, G44.2, G44.3, G44.4, G44.8, G90.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный или прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пальпация перикраниальных мышц с целью выявления болезненного мышечного напряжения в одной или более мышечных группах | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине головной боли напряжения, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при выявлении одного или более "сигналов опасности" | Да/Нет |

**6.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при головной боли напряжения (коды по МКБ-10: G44, G44.2, G44.3, G44.4, G44.8, G90.8)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный или прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пальпация перикраниальных мышц с целью выявления болезненного мышечного напряжения в одной или более мышечных группах | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине головной боли напряжения, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при выявлении одного или более "сигналов опасности" | Да/Нет |

**6.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по МКБ-10: I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено направление на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу, или к врачу по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению при выявлении стеноза сонной артерии более 50% по критериям NASCET или более 75% по критериям ESCT | Да/Нет |
| 2. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**6.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по МКБ-10: I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный с оценкой неврологического статуса по шкале инсульта NIH и степени нарушения сознания по шкале комы Глазго и (или) FOUR не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания ("трехглотковая проба" с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания пациента в стационаре | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга с получением результатов | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследования (заключения) в течение 40 минут от момента поступления пациента в стационар | |
| 4. | Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) постуральная коррекция, и (или) эрготерапия, и (или) медико-логопедическое исследование при дисфагии, и (или) медико-логопедическая процедура при афазии, и (или) медико-логопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу или врачу-нейрохирургу, или к врачу по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению при выявлении стеноза сонной артерии более 50% по критериям NASCET или более 75% по критериям ESCT | Да/Нет |

**6.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мононевропатиях (коды по МКБ-10: G54.0, G54.2, G54.8, G54.9, G56, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9, G57.0, G57.2, G57.3, G57.4, G57.6, G58.8, G58.9, G59.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена стимуляционная электронейромиография моторных и (или) сенсорных волокон пораженного нерва для уточнения локализации, характера и степени поражения, и (или) игольчатая электромиография мышц, иннервируемых моторными волокнами пораженного нерва, а также мышц, иннервируемых соседними нервами | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение ингибиторами обратного захвата моноаминов или другими противоэпилептическими препаратами при наличии нейропатического болевого синдрома | Да/Нет |

**6.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мононевропатиях (коды по МКБ-10: G54.0, G54.2, G54.8, G54.9, G56, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9, G57.0, G57.2, G57.3, G57.4, G57.6, G58.8, G58.9, G59.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена стимуляционная электронейромиография моторных и (или) сенсорных волокон пораженного нерва для уточнения локализации, характера и степени поражения, и (или) игольчатая электромиография мышц, иннервируемых моторными волокнами пораженного нерва, а также мышц, иннервируемых соседними нервами | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование периферического нерва | Да/Нет |
| 3. | Выполнено локальное инъекционное введение глюкокортикоидов с местными анестетиками в область компрессии нерва (под ультразвуковой навигацией или без ультразвуковой навигации) в качестве терапии на раннем сроке заболевания | Да/Нет |

**6.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при других воспалительных полинейропатиях (хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии) (коды по МКБ-10: G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (с оценкой показаний к экстренной или неотложной госпитализации) | Да/Нет |
| 3. | Назначен прием (консультация) врача по лечебной физкультуре и (или) прием (консультация) врача-физиотерапевта (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда | Да/Нет |

**6.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при других воспалительных полинейропатиях (хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии) (коды по МКБ-10: G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электронейромиография стимуляционная одного нерва (при установлении диагноза с учетом локализации процесса и при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение иммуноглобулином человека нормальным и (или) кортикостероидами системного действия, и (или) плазмаферез (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача по лечебной физкультуре и (или) прием (консультация) врача-физиотерапевта (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда | Да/Нет |

**6.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна, прогрессирующей мышечной дистрофии Беккера (код по МКБ-10: G71.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование активности креатинкиназы крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено молекулярно-генетическое исследование делеций в гене дистрофина при при миодистрофии Дюшенна-Беккера в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-пульмонолога первичный | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение преднизолона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**6.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна, прогрессирующей мышечной дистрофии Беккера (код по МКБ-10: G71.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование активности креатинкиназы крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение преднизолоном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение аталурена (пациентам с мышечной дистрофией Дюшенна старше 2 лет при выявлении нонсенс-мутации, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен патронаж выездной патронажной бригадой отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям (при необходимости в паллиативной медицинской помощи) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прием (консультация) врача-невролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный, и (или) прием (консультация) врача-пульмонолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-детского эндокринолога первичный | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача по лечебной физкультуре | Да/Нет |

**6.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при синдроме дефицита Glut 1 (код по МКБ-10: G40.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение вариантов генов в образце биологического материала методом секвенирования по Сенгеру и (или) методом множественной лиганд-зависимой амплификации зондов (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-невролога первичный и прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электроэнцефалография | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прием (консультация) врача-педиатра первичный, и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-терапевта первичный, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |

**6.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при синдроме дефицита Glut 1 (код по МКБ-10: G40.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование глюкозы в спинномозговой жидкости с параллельным исследованием глюкозы в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный и прием (консультация) врача-невролога повторный | Да/Нет |

**6.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при головной боли напряжения (коды по МКБ-10: G44, G44.2, G44.3, G44.8, G90.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование неврологического статуса (при подозрении на вторичную головную боль при органической патологии центральной нервной системы и (или) при обнаружении одного или более "сигналов опасности") | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый и комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций, и базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине головной боли, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при выявлении одного или более "сигналов опасности" | Да/Нет |
| 3. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга при атипичной клинической картине головной боли напряжения или при выявлении одного или более "сигналов опасности" с целью исключения симптоматического характера головной боли (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена офтальмоскопия для исключения застойных явлений на | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | глазном дне при головной боли у детей | |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный при подозрении на симптоматическую природу головной боли (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено предоставление рекомендаций по необходимости изменения образа жизни и по исключению провоцирующих факторов головной боли, и по применению нефармакологических методов, направленных на повышение адаптационных возможностей центральной нервной системы и уменьшение выраженности мышечно-тонического синдрома для профилактики головной боли напряжения | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение парацетамолом или ибупрофеном для купирования приступов умеренной и выраженной интенсивности у детей с нечастыми эпизодическими и частыми эпизодическими головной боли напряжения, но не превышающими частоту двух раз в неделю | Да/Нет |
| 8. | Назначена профилактическая терапия у детей с частой эпизодической и хронической формами головной боли напряжения с целью уменьшения частоты дней с головной болью в месяц | Да/Нет |

**6.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при головной боли напряжения (коды по МКБ-10: G44, G44.2, G44.3, G44.8, G90.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена клиническая диагностика, основанная на специфических клинических проявлениях головной боли напряжения и соответствии клинической картины заболевания диагностическим критериям Международной классификации головной и лицевой боли (3-го пересмотра) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование неврологического статуса (при подозрении на вторичную головную боль при органической патологии центральной нервной системы и (или) при обнаружении одного или более "сигналов опасности") | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый и комплекс исследований для оценки общевоспалительных реакций и базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при атипичной клинической картине головной боли, имеющей хотя бы один настораживающий симптом, указывающий на наличие другого заболевания, которое может быть причиной головной боли, и (или) при выявлении одного или более "сигналов опасности" | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга при атипичной клинической картине головной боли напряжения или при выявлении одного или более "сигналов опасности" с целью исключения симптоматического характера головной боли (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный при подозрении на симптоматическую природу головной боли (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено предоставление рекомендаций по необходимости изменения образа жизни и по исключению провоцирующих факторов головной боли, и по применению нефармакологических методов, направленных на повышение адаптационных возможностей центральной нервной системы и уменьшение выраженности мышечно-тонического синдрома для профилактики головной боли напряжения | Да/Нет |

**6.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мигрени (коды по МКБ-10: G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб и исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики и возможной симптоматической природы головной боли | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга (при подозрении на вторичную головную боль при органической патологии центральной нервной системы и (или) при обнаружении одного или более "сигналов опасности") | Да/Нет |
| 3. | Выполнена офтальмоскопия для исключения застойных явлений на глазном дне при головной боли | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами (ибупрофен, парацетамол) для купирования эпизодических приступов мигрени умеренной и выраженной интенсивности | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рекомендация по применению немедикаментозных методов лечения мигрени, таких как: соблюдение режима сна, регулярная оздоровительная спортивная нагрузка, соблюдение режима питания, достаточный объем выпиваемой жидкости, исключение пищевых провокаторов, проведение поведенческой терапии и психотерапевтической коррекции (когнитивно-поведенческая терапия, методики биологической обратной связи, релаксационные методы) | Да/Нет |
| 6. | Назначена профилактическая терапия одним из классов лекарственных препаратов: бета-адреноблокаторы (пропранолол) или противоэпилептические препараты (вальпроевая кислота, топирамат, леветирацетам), или неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (амитриптилин), или препараты для устранения головокружения (циннаризин) при частой эпизодической и хронической мигрени | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога | Да/Нет |

**6.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мигрени**

**(коды по МКБ-10: G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1, G44.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены сбор анамнеза и жалоб и исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики и возможной симптоматической природы головной боли | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга (при подозрении на вторичную головную боль при органической патологии центральной нервной системы и (или) при обнаружении одного или более "сигналов опасности") | Да/Нет |
| 3. | Выполнена офтальмоскопия для исключения застойных явлений на глазном дне при головной боли | Да/Нет |

**6.31. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при краниальных мононейропатиях (коды по МКБ-10: G50.0, G50.1, G50.8, G50.9, G51.0, G51.1, G51.2, G51.3, G51.4, G51.8, G51.9, G52.0, G52.1, G52.2, G52.3, G52.7, G52.8, G52.9, G53.0, G90.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица (пациентам с тригеминальной невралгией) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога (пациентам с тригеминальной невралгией) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога (пациентам с тригеминальной невралгией) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица (пациентам с атипичной лицевой болью) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (пациентам с атипичной лицевой болью) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование глюкозы в крови натощак (пациентам с атипичной лицевой болью) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица, а также пальпация поверхностной височной артерии (пациентам с другими поражениями тройничного нерва, поражением тройничного нерва неуточненным) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога (пациентам с другими поражениями тройничного нерва, поражением тройничного нерва неуточненным) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой критериев тригеминальной автономной вегетативной цефалгии по Международной классификации головной и лицевой боли (3-го пересмотра) (пациентам с тригеминальными автономными вегетативными цефалгиями) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой по шкале Хауса-Брэкманна (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 12. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 13. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование глюкозы в крови натощак (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 14. | Назначено лечение преднизолоном 60 мг в сутки или из расчета 1 мг/кг веса пациента в сутки, или метилпреднизолоном пациенту с идиопатической формой нейропатии лицевого нерва при обращении в первые 3 суток от дебюта заболевания (при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 15. | Назначены мероприятия медицинской реабилитации (фиксация положения мышц, комплекс лечебной физкультуры для самостоятельных занятий дома) (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 16. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с регистрацией непроизвольных движений - спазма мышц (пациентам с гемифациальным спазмом) | Да/Нет |
| 17. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (пациентам с гемифациальным спазмом) | Да/Нет |
| 18. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование глюкозы в крови натощак (пациентам с гемифациальным спазмом) | Да/Нет |

**6.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при краниальных мононейропатиях (коды по МКБ-10: G50.0, G50.1, G50.8, G50.9, G51.0, G51.1, G51.2, G51.3, G51.4, G51.8, G51.9, G52.0, G52.1, G52.2, G52.3, G52.7, G52.8, G52.9, G53.0, G90.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица (пациентам с тригеминальной невралгией) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица (пациентам с атипичной лицевой болью) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием врача-стоматолога (пациентам с атипичной лицевой | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | болью) | |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (пациентам с атипичной лицевой болью) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование глюкозы в крови натощак (пациентам с атипичной лицевой болью) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой жевательных мышц и чувствительных нарушений в области лица, а также пальпация поверхностной височной артерии (пациентам с другими поражениями тройничного нерва, поражением тройничного нерва неуточненным) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой критериев тригеминальной автономной вегетативной цефалгии по Международной классификации головной и лицевой боли (3-го пересмотра) (пациентам с тригеминальными автономными вегетативными цефалгиями) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с оценкой по шкале Хауса-Брэкманна (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование глюкозы в крови натощак (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение преднизолоном 60 мг в сутки или из расчета 1 мг/кг веса пациента в сутки, или метилпреднизолоном пациенту с идиопатической формой нейропатии лицевого нерва при обращении в первые 3 суток от дебюта заболевания (при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 12. | Выполнены мероприятия медицинской реабилитации (фиксация положения мышц, комплекс лечебной физкультуры для самостоятельных занятий дома) (пациентам с нейропатией лицевого нерва) | Да/Нет |
| 13. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога с регистрацией непроизвольных движений - спазма мышц (пациентам с гемифациальным спазмом) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (пациентам с гемифациальным спазмом) | Да/Нет |
| 15. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование глюкозы в крови натощак (пациентам с гемифациальным спазмом) | Да/Нет |

**6.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии (коды по МКБ-10: G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электронейромиография стимуляционная периферических нервов и выполнено сопоставление результатов электронейромиографии с электродиагностическими критериями EAN/PNS, 2021 г. | Да/Нет |
| 2. | Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы | Да/Нет |

**6.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулонейропатии (коды по МКБ-10: G61.8, G61.9, G62.8, G62.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электронейромиография стимуляционная периферических нервов и выполнено сопоставление результатов электронейромиографии с электродиагностическими критериями EAN/PNS, 2021 г. | Да/Нет |
| 3. | Выполнена высокодозная внутривенная иммунотерапия препаратами иммуноглобулина человека нормального с содержанием иммуноглобулина класса G в качестве патогенетической терапии 1 линии не менее 95% в стартовой курсовой дозе 2 г/кг/курс или высокодозная терапия глюкокортикоидами | Да/Нет |
| 4. | Выполнен высокообъемный терапевтический плазмаферез с объемом удаленной плазмы не менее 140 мл/кг/курс при неэффективности внутривенной иммунотерапии или высокодозная терапия глюкокортикоидами | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование периферического нерва и ультразвуковое исследование плечевого сплетения при отсутствии полного соответствия клиническим и электродиагностическим критериям болезни | Да/Нет |
| 7. | Выполнена биопсия периферического нерва открытым доступом при отсутствии полного соответствия клиническим и электродиагностическим критериям болезни | Да/Нет |
| 8. | Выполнена дифференциальная диагностика с другими неврологическими заболеваниями | Да/Нет |
| 9. | Выполнена симптоматическая терапия и немедикаментозная терапия при необходимости | Да/Нет |

**6.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при рассеянном**

**склерозе (код по МКБ-10: G35.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел) пациентам с подозрением на рассеянный склероз и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга | Да/Нет |
| 3. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение с осмотром врачом-неврологом не реже, чем 1 раз в 6 месяцев | Да/Нет |

**6.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: G35.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено использование критериев МакДональда (редакция 2017) для подтверждения диагноза в дебюте заболевания | Да/Нет |
| 2. | Выполнено использование Шкалы функциональных систем по Куртцке и Расширенной шкалы инвалидизации (EDSS) при проведении неврологического осмотра | Да/Нет |
| 3. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел) пациентам с подозрением на рассеянный склероз и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение глюкокортикоидами в высоких дозах при обострении рассеянного склероза | Да/Нет |
| 6. | Выполнен высокообъемный плазмаферез для терапии обострения рассеянного склероза в случае неэффективности курса терапии глюкокортикоидами | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение иммуноглобулином человека нормальным для внутривенного приема в курсовой дозе 2 г/кг веса для терапии обострения рассеянного склероза при наличии медицинских противопоказаний к приему глюкокортикоидов | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный; исследование С-реактивного белка в крови, исследование фибриногена в крови, исследование общего кальция в крови; исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | тиреотропного гормона в крови, исследование свободного тироксина крови, определение антител к тиреопероксидазе в крови, исследование тиреоглобулина в крови; общий (клинический) анализ мочи и микроскопическое исследование осадка мочи; определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в крови, определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК всем пациентам с подозрением на рассеянный склероз | |
| 9. | Выполнены индивидуальное клинико-психологическое консультирование, индивидуальная психотерапия и групповая психотерапия пациентам с рассеянным склерозом при выявлении депрессивного синдрома по данным обследования клинического медицинского психолога | Да/Нет |
| 10. | Выполнены ранняя комплексная медико-логопедическая процедура при дисфагии, медико-логопедическая процедура при дизартрии, разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации, обучение компенсаторным стратегиям и альтернативным способам коммуникации пациентам с рассеянным склерозом с нарушениями речи и глотания | Да/Нет |

**6.37. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по МКБ-10: I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**6.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ишемическом инсульте и транзиторной ишемической атаке (коды по МКБ-10: I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.6, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врача-невролога первичный с оценкой | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | неврологического статуса по шкале инсульта pedNIHSS и степени нарушения сознания по шкале комы Глазго и (или) FOUR | |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с магнитно-резонансной ангиографией интракраниальных сосудов или компьютерная томография головного мозга с компьютерно-томографической ангиографией брахиоцефальных артерий всем детям с признаками острого нарушения мозгового кровообращения в экстренной форме | Да/Нет |
| 3. | Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга не позднее 72 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |

**6.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при дистонии (коды по МКБ-10: G24, G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка насильственных движений различных частей тела в покое и при физической нагрузке | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка наличия и (или) степени выраженности немоторных симптомов дистонии (боль, эмоциональные нарушения, расстройства сна) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена программа реабилитации, включающая тренировку с биологической обратной связью и (или) лечебную гимнастику при фокальных дистониях у детей | Да/Нет |

**6.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при дистонии (коды по МКБ-10: G24, G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка насильственных движений различных частей тела в покое и при физической нагрузке | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка наличия и (или) степени выраженности немоторных симптомов дистонии (боль, эмоциональные нарушения, расстройства сна) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен диагностический тест с леводопа + [карбидопа] в дозе 10 - 25 мг/кг всем пациентам с развитием дистонии в раннем возрасте | Да/Нет |
| 4. | Выполнена программа реабилитации, включающая тренировку с биологической обратной связью и (или) лечебную гимнастику при фокальных дистониях у детей | Да/Нет |
| 5. | Выполнена терапия дистонии ботулиническим токсином типа А, ботулиническим токсином типа А - гемагглютинин комплекс | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнен дифференциальный диагноз с заболеваниями и синдромами, при которых наблюдаются патологическое положение или движение головы | Да/Нет |
| 7. | Выполнена клиническая диагностика дистонии с проведением видеозаписи | Да/Нет |

## 7. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА

### 7.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при конъюнктивитах (коды по МКБ-10: H10, H10.0, H10.1, H10.2, H10.3, H10.4, H10.5, H10.8, H10.9, H11.8, P39.1)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Назначено медикаментозное лечение: противомикробные лекарственные препараты и антибиотики и (или) противовирусные препараты, и (или) местные иммуностимуляторы, и (или) противоаллергические препараты, и (или) кортикостероиды, и (или) иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено достижение клинического выздоровления и (или) длительной ремиссии | Да/Нет |

### 7.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при катаракте старческой (коды по МКБ-10: H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна | Да/Нет |
| 4. | Выполнена тонометрия | Да/Нет |

### 7.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при катаракте старческой (коды по МКБ-10: H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна | Да/Нет |
| 4. | Выполнена тонометрия | Да/Нет |
| 5. | Выполнен расчет силы интраокулярной линзы | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |
| 7. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами и (или) противомикробными препаратами до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы "антихолинергические средства" (в течение 1 часа до хирургического вмешательства, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены антибактериальная терапия и (или) терапия лекарственными препаратами группы нестероидные противовоспалительные препараты, и (или) группы глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено достижение стабилизации или повышения корригированной остроты зрения на момент выписки из стационара | Да/Нет |
| 11. | Выполнено достижение артифакии глаза на момент выписки из стационара | Да/Нет |

**7.4. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при макулярной дегенерации возрастной (код по МКБ-10: H35.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |

**7.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при макулярной дегенерации возрастной (код по МКБ-10: H35.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнены интравитреальное введение лекарственных препаратов | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (средств, препятствующих новообразованию сосудов (ранибизумаба, или афлиберцепта, или бролуцизумаба, или фарицимаба) и (или) ферментного препарата (проурокиназы) (пациентам с влажной формой возрастной макулярной дегенерации), и (или) фокальная лазеркоагуляция глазного дна, и (или) лазерстимуляция сетчатки, и (или) фотодинамическая терапия, и (или) лечение поливитаминами в комбинации с другими средствами, и (или) физиотерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**7.6. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сахарном диабете: ретинопатии диабетической, макулярном отеке диабетическом (коды по МКБ-10: H36.0, E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E14.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия в условиях мидриаза | Да/Нет |

**7.7. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при сахарном диабете: ретинопатии диабетической, макулярном отеке диабетическом (коды по МКБ-10: H36.0, E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E14.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия в условиях мидриаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнены панретинальная лазерная коагуляция, и (или) фокальная лазерная коагуляция глазного дна, и (или) интравитреальное введение лекарственных препаратов (средств, препятствующих новообразованию сосудов (ранибизумаба или афлиберцепта, или бролуцизумаба, или фарицимаба), или глюкокортикоидов для местного применения (дексаметазона в виде имплантата для интравитреального введения), и (или) ферментного препарата (проурокиназы)), и (или) выполнено хирургическое лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**7.8. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при подозрении на глаукому (код по МКБ-10: H40.0)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия статическая и (или) компьютерная | Да/Нет |
| 5. | Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |
| 8. | Назначено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**7.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при подозрении на глаукому (код по МКБ-10: H40.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия статическая и (или) компьютерная | Да/Нет |
| 5. | Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами и (или) лазерное лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**7.10. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при глаукоме первичной открытоугольной (код по МКБ-10: H40.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена периметрия (кинетическая и (или) статическая, и (или) компьютерная) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |

**7.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при глаукоме первичной открытоугольной (код по МКБ-10: H40.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия (кинетическая и (или) статическая, и (или) компьютерная) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |
| 7. | Выполнены лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами, и (или) лазерное лечение, и (или) хирургическое лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**7.12. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при глаукоме первичной закрытоугольной (код по МКБ-10: H40.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия (кинетическая и (или) статическая, и (или) компьютерная) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Назначено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами при остром приступе закрытоугольной глаукомы | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |

**7.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при глаукоме первичной закрытоугольной (код по МКБ-10: H40.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия (кинетическая и (или) статическая, и (или) компьютерная) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами при остром приступе закрытоугольной глаукомы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами и (или) лазерное лечение, и (или) хирургическое лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**7.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при миопической макулярной дегенерации (миопической макулопатии) (код по МКБ-10: H44.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рефрактометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена офтальмоскопия и (или) биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза | Да/Нет |

**7.15. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым при миопической макулярной дегенерации (миопической макулопатии) (код по МКБ-10: H44.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рефрактометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена офтальмоскопия и (или) биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза | Да/Нет |
| 5. | Выполнено интравитреальное введение лекарственных препаратов группы средств, препятствующих новообразованию сосудов и (или) фокальная лазерная коагуляция глазного дна, и (или) фотодинамическая терапия, и (или) хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**7.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при миопии (код по МКБ-10: H52.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия (пациентам в возрасте 3 лет и старше) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рефрактометрия и (или) авторефрактометрия, и (или) скиаскопия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена офтальмоскопия и (или) выполнен подбор очковой коррекции зрения, и (или) подбор контактной коррекции зрения, и (или) подбор ортокератологических линз, и (или) назначено функциональное лечение | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование аккомодации (детям в возрасте 7 лет и старше) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено объективное измерение рефракции в условиях циклоплегии | Да/Нет |

**7.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при миопии (код по МКБ-10: H52.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия (пациентам в возрасте 3 лет и старше) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рефрактометрия и (или) авторефрактометрия, и (или) скиаскопия | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена склеропластика и (или) лазеркоагуляция сетчатки, и (или) функциональное лечение | Да/Нет |

**7.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при астигматизме (код по МКБ-10: H52.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия (начиная с возраста, когда пациент способен называть оптотипы) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рефрактометрия и (или) авторефрактометрия, и (или) скиаскопия | Да/Нет |
| 3. | Выполнен подбор очковой коррекции зрения и (или) подбор контактной коррекции зрения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено измерение рефракции в условиях циклоплегии детям | Да/Нет |

**7.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при вторичной глаукоме (коды по МКБ-10: H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, H40.9, H42.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение или проведение медикаментозного лечения: противоглаукомные лекарственные препараты и миотические средства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**7.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при вторичной глаукоме (коды по МКБ-10: H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, H40.9, H42.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена кератопахиметрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна | Да/Нет |
| 7. | Выполнена периметрия (детям старшего возраста, с достаточным уровнем психомоторного и интеллектуального развития ребенка и наличия предметного зрения) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена ультразвуковая биометрия глаза | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование глазного яблока при непрозрачных средах | Да/Нет |
| 10. | Выполнено оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора, оптическое исследование головки зрительного нерва и слоя нервных волокон с помощью компьютерного анализатора | Да/Нет |
| 11. | Назначено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и мистическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнены хирургическое и (или) лазерное лечение в случае некомпенсации глаукомы | Да/Нет |
| 13. | Выполнена эхобиометрия | Да/Нет |

**7.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при глаукомах вторичных (коды по МКБ-10: H40.3, H40.4, H40.5, H40.8, H40.9, H42.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена офтальмотонометрия глаза (при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия (кинетическая, статическая, компьютерная) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия (при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена гониоскопия (при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |

**7.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при глаукомах вторичных (коды по МКБ-10: H40.3, H40.4, H40.5, H40.8, H40.9, H42.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена офтальмотонометрия глаза (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия (кинетическая, статическая, компьютерная) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена биомикроскопия глазного дна или офтальмоскопия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена гониоскопия (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами и (или) лазерное лечение, и (или) хирургическое лечение | Да/Нет |

**7.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при наследственных дистрофиях сетчатки (коды по МКБ-10: H35, H35.5, H35.8, H36.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия в условиях мидриаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия | Да/Нет |

**7.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при наследственных дистрофиях сетчатки (коды по МКБ-10: H35, H35.5, H35.8, H36.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия в условиях мидриаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена периметрия | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено направление на прием (консультацию) врача-генетика | Да/Нет |

**7.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сквозном макулярном разрыве. Витреомакулярном тракционном синдроме (код по МКБ-10: H35.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнены офтальмоскопия и (или) биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза | Да/Нет |

**7.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сквозном макулярном разрыве. Витреомакулярном тракционном синдроме (код по МКБ-10: H35.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнены офтальмоскопия и (или) биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено достижение полного закрытия макулярного отверстия на момент выписки из стационара | Да/Нет |

**7.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при увеитах неинфекционных (коды по МКБ-10: H20.0, H20.1, H20.2, H20.8, H20.9, H22.1; H30, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, H30.9, H35.0, H40.4, H43.3, H44.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнены биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия в условиях мидриаза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |

**7.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при увеитах неинфекционных (коды по МКБ-10: H20.0, H20.1, H20.2, H20.8, H20.9, H22.1, H30, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, H30.9, H35.0, H40.4, H43.3, H44.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биомикроскопия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнены биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия в условиях мидриаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена офтальмотонометрия | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственными препаратами групп: кортикостероиды и (или) нестероидные противовоспалительные препараты, и (или) мидриатические и циклоплегические средства, и (или) интравитреальное введение лекарственных препаратов (дексаметазона в виде имплантата для интравитреального введения), и (или) лазерная коагуляция глазного дна, и (или) хирургическое вмешательство | Да/Нет |
| 6. | Выполнено достижение уменьшения или купирования клинических проявлений воспаления | Да/Нет |

**8. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА**

**8.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при наружных отитах (коды по МКБ-10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.3, H62.4, H62.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование глюкозы в крови) (при злокачественной форме наружного отита) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография височной кости (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей) (при злокачественном наружном отите) | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение противомикробными лекарственными препаратами и (или) антисептиками (при неосложненной форме наружного отита) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**8.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при наружных отитах (коды по МКБ-10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.4, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.3, H62.4, H62.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование глюкозы в крови) (при злокачественной форме наружного отита) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография височной кости (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение компьютерной томографии височных костей) (при злокачественном наружном отите) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение противомикробными лекарственными препаратами и (или) антисептиками, и (или) антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, и (или) микроскопическое исследование отделяемого из ушей на грибы (дрожжевые и мицелиальные), микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на дрожжевые грибы, и (или) микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из ушей на мицелиальные грибы, и (или) цитологическое исследование микропрепарата тканей уха и (или) биопсия новообразования наружного уха | Да/Нет |
| 6. | Выполнен туалет наружного слухового прохода (при наружном отите) | Да/Нет |

**8.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при наружном отите (коды по МКБ-10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.2, H62.3, H62.4, H62.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено назначение противомикробных лекарственных препаратов и (или) противогрибковых лекарственных препаратов для местного применения, и (или) антибактериальных лекарственных препаратов системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**8.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при наружном отите (коды по МКБ-10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0, H61.8, H61.9, H62.0, H62.1, H62.2, H62.3, H62.4, H62.8)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение противомикробными лекарственными препаратами и (или) противогрибковыми лекарственными препаратами для местного применения, и (или) антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и (или) микробиологическое исследование отделяемого из ушей на дрожжевые грибы и (или) микробиологическое исследование отделяемого из ушей на мицелиальные грибы (пациентам с тяжелым течением наружного отита до начала терапии, пациентам с рецидивирующим и хроническим наружным отитом, пациентам с иммунодефицитом, при инфекциях у пациентов после операции на ухе и у пациентов, которые не отвечают на начальную терапию) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография височной кости, и (или) компьютерная томография височной кости, и (или) магнитно-резонансная томография костной ткани (одна область) (при подозрении на злокачественный наружный отит) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен уход за наружным слуховым проходом (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**8.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отите среднем остром (коды по МКБ-10: H65.0, H65.1, H66.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение назальными формами противоконгестивных средств - альфа-адреномиметиков (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (детям с острым средним отитом младше 2 лет, пациентам с гнойной формой острого среднего отита, пациентам с рецидивирующим течением острого среднего отита) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**8.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отите среднем остром (коды по МКБ-10: H65.0, H65.1, H66.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено лечение назальными формами противоконгестивных средств - альфа-адреномиметиков (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (детям с острым средним отитом младше 2 лет, пациентам с гнойной формой острого среднего отита, пациентам с рецидивирующим течением острого среднего отита) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено экстренное хирургическое лечение (в случае развития интратемпоральных или внутричерепных осложнений) | Да/Нет |

**8.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хроническом среднем отите (коды по МКБ-10: H65.2-4, H66.1-3, H72.0, H90.0-2, H90.6-8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография височной кости и (или) компьютерная томография височных костей (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей) | Да/Нет |

**8.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом среднем отите (коды по МКБ-10: H65.2-4, H66.1-3, H72.0, H90.0-2, H90.6-8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография височной кости и (или) компьютерная томография височных костей (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены хирургическое лечение и (или) консервативное лечение (пациентам с хроническим гнойным средним отитом) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена отоэндоскопия или отомикроскопия при постановке диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование органа слуха с использованием камертона и составление слухового паспорта при постановке диагноза | Да/Нет |
| 7. | Выполнена магнитно-резонансная томография височных костей у больного хроническим гнойным средним отитом при подозрении на | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | холестеатому или ее рецидив | |
| 8. | Выполнено консервативное лечение при обострении хронического гнойного среднего отита и как подготовка к операции при неосложненном течении заболевания | Да/Нет |
| 9. | Выполнена электроакустическая реабилитация у пациентов с хроническим гнойным средним отитом при асоциальном слухе (тугоухость > II степени) и отсутствии возможности его улучшения | Да/Нет |

**8.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отосклерозе (код по МКБ-10: H80)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена импедансометрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография височных костей (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей) | Да/Нет |

**8.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отосклерозе (код по МКБ-10: H80)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена импедансометрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография височных костей (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии височных костей) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |
| 6. | Выполнена отомикроскопия при постановке диагноза | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование органа слуха с использованием камертона при постановке диагноза | Да/Нет |
| 8. | Выполнена мультиспиральная компьютерная томография височных костей при постановке диагноза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнено консервативное лечение | Да/Нет |
| 10. | Выполнена электроакустическая реабилитация | Да/Нет |
| 11. | Выполнена кохлеарная имплантация | Да/Нет |

**8.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Меньера (код по МКБ-10: H81.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена тимпанометрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 5. | Выполнены акуметрия (шепотной, разговорной речью) и проведение камертональных проб Вебера, Ринне, Федериче | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование спонтанного нистагма, стато-координаторные и стато-кинетические пробы, позиционные пробы | Да/Нет |
| 7. | Выполнена спиральная компьютерная томография височных костей для оценки сохранности структур среднего и внутреннего уха | Да/Нет |
| 8. | Выполнена магнитно-резонансная томография, в том числе с внутривенным контрастированием области внутренних слуховых проходов, мостомозжечковых углов, задней черепной ямки | Да/Нет |
| 9. | Выполнена консультация врачом-терапевтом, врачом-неврологом | Да/Нет |

**8.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Меньера (код по МКБ-10: H81.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена тимпанометрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено консервативное и (или) хирургическое лечение | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнены акуметрия (шепотной, разговорной речью) и проведение камертональных проб Вебера, Ринне, Федериче | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование спонтанного нистагма, стато-координаторные и стато-кинетические пробы, позиционные пробы | Да/Нет |

**8.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при потере слуха, вызванной шумом (коды по МКБ-10: H83.3, Z57.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-профпатолога первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена тональная аудиометрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена импедансометрия | Да/Нет |
| 5. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха и разработана индивидуальная программа реабилитации | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение группы динамического наблюдения (по результатам профилактического медицинского осмотра) | Да/Нет |

**8.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при потере слуха, вызванной шумом (коды по МКБ-10: H83.3, Z57.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-профпатолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена импедансометрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение ангиопротекторами и корректорами микроциркуляции и (или) периферическими вазодилататорами, и (или) ноотропными препаратами, и (или) препаратами для устранения головокружения, и (или) психоаналептиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха и разработана индивидуальная программа реабилитации | Да/Нет |
| 6. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб при патологии органа слуха | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнено визуальное исследование при патологии органа слуха | Да/Нет |
| 8. | Выполнен осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога повторный при установлении заключительного диагноза профессиональной сенсоневральной тугоухости | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 12. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта повторный | Да/Нет |
| 13. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный | Да/Нет |
| 14. | Выполнен прием (консультация) врача-профпатолога повторный | Да/Нет |
| 15. | Выполнен прием (консультация) врача-рефлексотерапевта первичный | Да/Нет |
| 16. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 17. | Выполнен общий клинический анализ мочи | Да/Нет |
| 18. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 19. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический | Да/Нет |
| 20. | Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена | Да/Нет |
| 21. | Выполнена надпороговая аудиометрия | Да/Нет |
| 22. | Выполнена регистрация отоакустической эмиссии на частоте продукта искажения | Да/Нет |
| 23. | Выполнена регистрация коротколатентных слуховых вызванных потенциалов | Да/Нет |
| 24. | Выполнено ультразвуковое исследование внечерепного отдела брахиоцефальных артерий | Да/Нет |
| 25. | Выполнена рентгенография околоносовых пазух | Да/Нет |
| 26. | Выполнена магнитно-резонансная томография костей черепа | Да/Нет |
| 27. | Выполнена электропунктура и электропунктура в рефлексотерапии | Да/Нет |
| 28. | Выполнена транскраниальная электростимуляция | Да/Нет |
| 29. | Выполнено воздействие магнитным полем | Да/Нет |
| 30. | Выполнен внутриушной электрофорез лекарственный | Да/Нет |
| 31. | Выполнен массаж воротниковой области медицинский | Да/Нет |
| 32. | Выполнена оксигенотерапия гипербарическая | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 33. | Выполнены заушные блокады с лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 34. | Выполнен подбор слухового аппарата | Да/Нет |
| 35. | Выполнено назначение лечебно-оздоровительного режима | Да/Нет |
| 36. | Выполнено назначение диетического питания | Да/Нет |
| 37. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха, разработана индивидуальная программа реабилитации слуха | Да/Нет |
| 38. | Выполнено назначение санаторно-курортного лечения | Да/Нет |
| 39. | Выполнены меры медицинской профилактики потерь слуха от шума: медицинский отбор в профессию и определение профессиональной пригодности | Да/Нет |
| 40. | Выполнено определение группы динамического наблюдения по результатам периодического медицинского осмотра | Да/Нет |

**8.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нейросенсорной тугоухости (коды по МКБ-10: H90.3, H90.4, H90.5, H91.1, H91.2, H91.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение тональной аудиометрии) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение глюкокортикоидами (пациентам с острой нейросенсорной тугоухостью) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**8.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нейросенсорной тугоухости (коды по МКБ-10: H90.3, H90.4, H90.5, H91.1, H91.2, H91.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение тональной аудиометрии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение глюкокортикоидами (пациентам с острой | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | нейросенсорной тугоухостью) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный (для H90.5, H91.2) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный (для H90.3, H90.5, H91.2, H91.8) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (для H90.3, H90.4, H90.5, H91.2, H91.8) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови; общий (клинический) анализ крови расширенный; исследование глюкозы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови; базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено начало медикаментозного лечения не позднее 1 месяца от установления диагноза (для H90.5, H91.2) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено восстановление порогов слышимости до нормы (для H90.5, H91.2) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено восстановление порогов слышимости, но не достигающее нормы (для H90.5, H91.2) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена стабилизация состояния (отсутствие дальнейшего прогрессирования потери слуха) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена тональная пороговая аудиометрия (по графику диспансерного наблюдения) (для 90.3, H90.4) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено определение показаний к коррекции нарушенной слуховой функции методом традиционного слухопротезирования (H90.3, H91.8) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено определение показаний к коррекции нарушенной слуховой функции методом имплантационного слухопротезирования (включая кохлеарную имплантацию) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено определение показаний для направления на медико-социальную экспертизу и составлению индивидуальной программы реабилитации | Да/Нет |
| 16. | Выполнена оценка эффективности слухопротезирования в случае, если пациент является пользователем технического средства реабилитации слуха | Да/Нет |
| 17. | Выполнена дифференциальная диагностика (вестибулометрия, исследование коротколатентных вызванных потенциалов) для исключения ретрокохлеарной патологии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 18. | Выполнены магнитно-резонансная томография и компьютерная томографии в том числе с внутривенным контрастированием, области внутренних слуховых проходов, мосто-мозжечковых углов, задней черепной ямки | Да/Нет |
| 19. | Выполнен прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный при подозрении на невриному слухового нерва и другое объемное заболевание, и врача-невролога при наличии неврологической патологии (H90.4) | Да/Нет |
| 20. | Выполнено определение показаний к коррекции нарушенной слуховой функции | Да/Нет |

**8.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при нейросенсорной тугоухости (коды по МКБ-10: H90.3, H90.4, H90.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены регистрация отоакустической эмиссии, и (или) исследование коротколатентных вызванных потенциалов, и (или) тональная аудиометрия, и (или) игровая аудиометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение данных исследований) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены тимпанометрия и (или) импедансометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение данных исследований) | Да/Нет |

**8.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при нейросенсорной тугоухости (коды по МКБ-10: H90.3, H90.4, H90.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача-сурдолога-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены регистрация отоакустической эмиссии, и (или) исследование коротколатентных вызванных потенциалов, и (или) тональная аудиометрия, и (или) игровая аудиометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение данных исследований) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены тимпанометрия и (или) импедансометрия (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение данных исследований) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено лечение глюкокортикоидами (пациентам с острой нейросенсорной тугоухостью) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение мутаций в гене GJB2 в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени в крови пациентам с несиндромальной двусторонней сенсоневральной тугоухостью любой степени | Да/Нет |

**8.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при грибковом отите (коды по МКБ-10: H60.8, H66.3, H62.2, B37.8, B44.8, B49)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение противогрибковыми лекарственными препаратами местного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**8.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при грибковом отите (коды по МКБ-10: H60.8, H66.3, H62.2, B37.8, B44.8, B49)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение противогрибковыми лекарственными препаратами местного и (или) системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено достижение элиминации возбудителя микоза | Да/Нет |

**9. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**9.1 Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при перикардитах (коды по МКБ-10: I30, I30.1, I30.8, I30.9, I31, I31.1, I31.2, I31.3, I31.8, I31.9, I32, I32.0, I32.1, I32.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта или прием (консультация) врача-кардиолога со сбором анамнеза и жалоб, физикальным исследованием | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови, тропонина I, тропонина Т в крови, исследование изоферментов креатинкиназы в крови при подозрении на острый перикардит | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование тропонинов I, Т в крови и исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | изоферментов креатинкиназы в крови при рецидивирующем перикардите лабораторное | |
| 4. | Выполнены определение содержания ревматоидного фактора в крови, и определение антител к экстрагируемым ядерным антигенам в крови, и исследование ферритина в крови при рецидивирующем перикардите, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови при подозрении на выпот в перикарде | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови и исследование тропонинов I, T в крови, и исследование изоферментов креатинкиназы в крови при миоперикардите | Да/Нет |
| 7. | Выполнено микробиологическое исследование перикардиальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при подозрении на гнойный перикардит или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 8. | Выполнена эхокардиография трансторакальная или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная | Да/Нет |
| 10. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 11. | Выполнено назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических лекарственных препаратов (ибупрофен или индометацин) или ацетилсалициловой кислоты и безвременника осеннего семян экстракта (в качестве первой линии терапии) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических лекарственных препаратов (ибупрофен или индометацин) или ацетилсалициловой кислоты и безвременника осеннего семян экстракта (в качестве первой линии терапии) при рецидивирующем перикардите | Да/Нет |
| 13. | Выполнено продолжение лечения безвременника осеннего семян экстрактом в течение не менее 6 месяцев при рецидивирующем перикардите | Да/Нет |
| 14. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (ибупрофен), или ацетилсалициловой кислотой в качестве первой линии терапии при миоперикардите | Да/Нет |
| 15. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при бактериальном перикардите | Да/Нет |
| 16. | Выполнены общий (клинический) анализ мочи и общий (клинический) анализ крови расширенный с оценкой гемоглобина и гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов в рамках первичного обследования и далее каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 17. | Выполнено исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование глюкозы в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование общего билирубин в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование аланинаминотрансферазы в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеидов низкой плотности, исследование триглицеридов в крови) исследование свободного трийодтиронина, исследование свободного тироксина в крови, исследование тиреотропного гормона в крови, исследование С-реактивного белка в крови, исследование ферритина в крови при первичном обследовании и далее каждые 6 - 12 месяцев, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения исследований | Да/Нет |
| 18. | Выполнено исследование N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) в крови при первичном обследовании и далее каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |
| 19. | Выполнены базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование концентрации D-димера | Да/Нет |
| 20. | Выполнены определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность), определение антигена К1 системы Kell или определение антигена К1 системы Kell с использованием автоматизированного оборудования, определение фенотипа эритроцитов по аллоантигенам (аллогенам) одной из систем групп крови: MNSs, Lewis, Duffy, Lutheran, P и других, определение антиэритроцитарных антител (IgM, IgG) или определение антиэритроцитарных антител (IgM, IgG) с использованием автоматизированного оборудования, качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови качественное, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1,2/Ag p24) в крови, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения исследований | Да/Нет |

**9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при перикардитах (коды по МКБ-10: I30, I30.1, I30.8, I30.9, I31, I31.1, I31.2, I31.3, I31.8, I31.9, I32, I32.0, I32.1, I32.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта или прием (консультация) врача-кардиолога со сбором анамнеза и жалоб, физикальным исследованием | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование С-реактивного белка в крови, тропонина I, тропонина T в крови, исследование изоферментов креатинкиназы в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | крови при подозрении на острый перикардит | |
| 3. | Выполнены исследование тропонинов I, T в крови и исследование изоферментов креатинкиназы в крови при рецидивирующем перикардите лабораторное | Да/Нет |
| 4. | Выполнены определение содержания ревматоидного фактора в крови и определение антител к экстрагируемым ядерным антигенам в крови и исследование ферритина в крови при рецидивирующем перикардите или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови при подозрении на выпот в перикарде | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование С-реактивного белка в крови, и исследование тропонинов I, T в крови, и исследование изоферментов креатинкиназы в крови при миоперикардите | Да/Нет |
| 7. | Выполнено микробиологическое исследование перикардиальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы при подозрении на гнойный перикардит или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 8. | Выполнена эхокардиография трансторакальная или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная | Да/Нет |
| 10. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки или магнитно-резонансная томография грудной клетки при подозрении на осумкованный перикардиальный выпот, на утолщение перикарда, на образования перикарда или на патологию в грудной клетке, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 11. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца при констриктивном перикардите или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 12. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 13. | Выполнены цитологическое исследование и исследование опухолевых маркеров перикардиальной жидкости при подозрении на злокачественный выпот или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 14. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование перикардиальной жидкости на наличие микобактерий туберкулеза, выполнено определение ДНК микобактерий туберкулеза в перикардиальной жидкости методом полимеразной цепной реакции при подозрении на туберкулезный перикардит | Да/Нет |
| 15. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (ибупрофен или индометацин) или ацетилсалициловой кислотой и безвременника | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | осеннего семян экстрактом (в качестве первой линии терапии) | |
| 16. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (ибупрофен или индометацин) или ацетилсалициловой кислотой и безвременника осеннего семян экстрактом (в качестве первой линии терапии) при рецидивирующем перикардите | Да/Нет |
| 17. | Выполнено лечение комбинацией иммунодепрессантов с азатиоприном, нормальным иммуноглобулином человека для внутривенного введения или с препаратами, блокирующими интерлейкин-1, или селективным блокатором интерлейкиновых рецепторов (при неэффективном лечении безвременника осеннего семян экстрактом или при развитии стероидной зависимости при рецидивирующем перикардите, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения лечения) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (ибупрофен), или ацетилсалициловой кислотой в качестве первой линии терапии при миоперикардите | Да/Нет |
| 19. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при бактериальном перикардите | Да/Нет |
| 20. | Выполнен перикардиоцентез, или сформировано перикардиальное окно, или выполнена перикардэктомия с декомпрессией сердца, дренированием и санацией полости перикарда при наличии показаний к хирургическим вмешательствам: наличие выраженного выпота в перикард, тампонада сердца и констриктивный перикардит, бактериальный перикардит, с диагностической целью при выраженном и умеренном выпоте неясной этиологии, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для выполнения хирургического лечения | Да/Нет |
| 21. | Выполнено интраперикардиальное введение цисплатина или тиотепа, в том числе в комбинации с системной химиотерапией при злокачественных выпотах, причиной которых является рак легкого или молочной железы, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения лечения | Да/Нет |
| 22. | Выполнено внутриперикардиальное введение цитокинов при опухолевых перикардитах или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения лечения | Да/Нет |
| 23. | Выполнено внутриперикардиальное введение триамцинолона при аутоиммунном выпоте, устойчивом к другим видам лечения, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения лечения | Да/Нет |
| 24. | Выполнено внутриперикардиальное введение триамцинолона при уремическом перикардите, за исключением случаев выраженного геморрагического выпота или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения лечения | Да/Нет |
| 25. | Выполнено исследование N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) в крови при первичном обследования и далее каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 26. | Выполнены базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование концентрации D-димера в крови | Да/Нет |
| 27. | Выполнены определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность), определение антигена К1 системы Kell или определение антигена К1 системы Kell с использованием автоматизированного оборудования, определение фенотипа эритроцитов по аллоантигенам (аллогенам) одной из систем групп крови: MNSs, Lewis, Duffy, Lutheran, P и др., определение антиэритроцитарных антител (IgM, IgG) или определение антиэритроцитарных антител (IgM, IgG) с использованием автоматизированного оборудования, качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1,2/Ag p24) в крови, или пациент направлен в другую медицинскую организацию для проведения исследований | Да/Нет |

**9.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при инфекционном эндокардите и инфекции внутрисердечных устройств (коды по МКБ-10: I33, I38, I39, T85.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение диагноза инфекционного эндокардита согласно критериям Дюка Европейского общества кардиологов 2015 г. | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый при обращении и в динамике | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование креатинина в крови, определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом, исследование С-реактивного белка в крови, исследование прокальцитонина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови при обращении и в динамике | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи при обращении и в динамике | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная при первичной диагностике | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление пациента в другую медицинскую организацию для выполнения чреспищеводной эхокардиографии, при невозможности ее проведения для подтверждения диагноза "инфекционный эндокардит" в определенных клинических ситуациях (отсутствие изменений и (или) неинформативность данных трансторакальной | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | эхокардиографии) | |
| 7. | Выполнено направление пациента в специализированную медицинскую организацию при наличии абсолютных показаний для проведения дополнительных инструментальных обследований на предмет поиска немых эмболических осложнений, при невозможности их выполнения по месту оказания медицинской помощи (ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование почек, и (или) магнитно-резонансная томография головного мозга, и (или) компьютерная томография) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено информирование пациента и назначение рекомендаций по профилактике инфекционного эндокардита | Да/Нет |
| 9. | Выполнены направление и взятие пациента на диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**9.4. Критерии оценки качества специализированной медико-санитарной помощи взрослым при инфекционном эндокардите и инфекции внутрисердечных устройств (коды по МКБ-10: I33, I38, I39, T85.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение диагноза инфекционного эндокардита согласно критериям Дюка Европейского общества кардиологов 2015 г. | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый при обращении и в динамике | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование креатинина в крови, определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом, исследование С-реактивного белка в крови, исследование прокальцитонина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови при обращении и в динамике | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи при обращении и в динамике | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная как метод первичной диагностики | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление пациента в другую медицинскую организацию для выполнения чреспищеводной эхокардиографии, при невозможности ее проведения для подтверждения диагноза "инфекционный эндокардит" в определенных клинических ситуациях (отсутствие изменений и (или) неинформативность данных трансторакальной эхокардиографии) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление пациента в специализированную медицинскую организацию при наличии абсолютных показаний для проведения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | дополнительных инструментальных обследований на предмет поиска немых эмболических осложнений, при невозможности их выполнения по месту оказания медицинской помощи (ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование почек, и (или) магнитно-резонансная томография головного мозга, и (или) компьютерная томография) | |
| 8. | Выполнены 3 и более микробиологических (культуральных) исследования крови на стерильность с интервалом между первым и последним не менее 1 часа, или 2 и более микробиологических исследования с интервалом в 12 часов | Да/Нет |
| 9. | Выполнена эмпирическая внутривенная антибактериальная терапия и проведена коррекция антибактериальной терапии при необходимости и (или) получении результатов микробиологического (культурального) исследования крови на стерильность (этиотропная терапия) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение показаний для хирургического лечения | Да/Нет |
| 11. | Выполнено информирование пациента и назначение рекомендаций по профилактике инфекционного эндокардита | Да/Нет |

**9.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрагическом инсульте (коды по МКБ-10: I60, I61, I62, Q28.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография головного мозга или магнитно-резонансная томография головного мозга не позднее 40 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнена консультация врачом-нейрохирургом в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов компьютерной томографии больному, у которого по заключению компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии установлены признаки геморрагического инсульта | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка состоятельности глотания при помощи теста оценки глотания ("трехглотковая проба" с использованием пульсоксиметра) в течение первых 3 часов пребывания пациента в стационаре | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение по поводу удаления внутримозговой гематомы | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение по поводу разорвавшейся аневризмы в остром периоде кровоизлияния | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография головного мозга в течение 24 часов после хирургического лечения | Да/Нет |
| 7. | Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, и (или) лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | нервной системы и головного мозга, и (или) постуральная коррекция, и (или) эрготерапия, и (или) медико-логопедическое исследование при дисфагии, и (или) медико-логопедическая процедура при афазии, и (или) медико-логопедическая процедура при дизартрии не позднее 48 часов от момента поступления в стационар | |
| 8. | Выполнена компьютерно-томографическая ангиография, или магнитно-резонансная ангиография, или церебральная ангиография для выявления источника кровоизлияния при подозрении на разрыв аневризмы или артериовенозной мальформации по данным компьютерной томографии головного мозга и (или) магнитно-резонансной томографии головного мозга, а также у пациентов моложе 45 лет и при отсутствии гипертонического анамнеза | Да/Нет |

**9.6. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при флебите и тромбофлебите поверхностных сосудов (коды по МКБ-10: I80.0, I80.8, I82.1, O22.2, O87.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный или прием (консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование вен верхних конечностей или ультразвуковое исследование вен нижних конечностей | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение антитромботических средств (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей | Да/Нет |

**9.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при флебите и тромбофлебите поверхностных сосудов (коды по МКБ-10: I80.0, I80.8, I82.1, O22.2, O87.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный или прием (консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование вен верхних конечностей или ультразвуковое исследование вен нижних конечностей | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антитромботическими средствами (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнена приустьевая перевязка (высокое лигирование) или кроссэктомия, или тромбэктомия, или пункционная тромбэктомия (флебоцентез), или эндовенозная термооблитерация (при умеренном и высоком риске перехода тромба на глубокие вены) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено повторное ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей при отсутствии положительной динамики клинических проявлений тромбофлебита поверхностных вен на фоне проводимого лечения | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение стадии тромбофлебита поверхностных вен и степени риска перехода тромба на глубокие вены | Да/Нет |

**9.8. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (коды по МКБ-10: I83 (I83.0, I83.1, I83.2, I83.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный или прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование вен нижних конечностей (при планировании инвазивного лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение ангиопротекторов, или лекарственных препаратов, снижающих проницаемость капилляров, или биофлавоноидов | Да/Нет |

**9.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (коды по МКБ-10: I83 (I83.0, I83.1, I83.2, I83.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный или прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование вен нижних конечностей (при планировании инвазивного лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение эластической компрессии нижних конечностей | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение ангиопротекторами, или лекарственными препаратами, снижающими проницаемость капилляров, или биофлавоноидами | Да/Нет |
| 5. | Выполнено флебосклерозирующее лечение, или выполнена термооблитерация, или выполнены открытые вмешательства: перевязка | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | вены, кроссэктомия, флебэктомия, стриппинг (при сохранении субъективных симптомов венозной недостаточности, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 6. | Выполнены ликвидация патологических рефлюксов, и (или) устранение варикозных вен, и (или) достигнуто улучшение гемодинамических показателей венозного оттока при согласии пациента на инвазивное лечение | Да/Нет |
| 7. | Выполнена индивидуальная оценка риска возникновения венозных тромбоэмболических осложнений перед проведением инвазивного лечения | Да/Нет |
| 8. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в соответствии с индивидуальным уровнем риска в период проведения инвазивного лечения | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение компрессионной терапии и (или) курсового приема флеботропных лекарственных средств, и (или) электрическая стимуляция мышц голени при сохранении субъективных симптомов хронических заболеваний вен после инвазивного вмешательства | Да/Нет |

**9.10. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при артериальной гипертензии (коды по МКБ-10: I10, I11, I12, I13, I15, I95.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено измерение офисного (клинического) артериального давления на любом посещении | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование креатинина в крови, определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом, исследование глюкозы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование мочевой кислоты, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче при первичной постановке диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнена фиксация диагноза с указанием стадии заболевания, степени повышения артериального давления (при отсутствии терапии), категории риска, наличия поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний | Да/Нет |
| 8. | Назначена немедикаментозная терапия (даны рекомендации по изменению образа жизни) | Да/Нет |
| 9. | Назначена антигипертензивная лекарственная терапия после 3-го месяца изменения образа жизни (при артериальной гипертензии 1-й степени и низком или среднем риске при неэффективности изменения образа жизни) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза (кроме пациентов $\geq$ 80 лет, пациентов с синдромом старческой астении) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено достижение целевого уровня систолического артериального давления < 140 мм рт. ст. и диастолического артериального давления < 90 мм рт. ст., при условии хорошей переносимости достигнут целевой уровень 130/80 мм рт. ст. или ниже в течение трех месяцев от начала лечения либо приведена причина выбора иной тактики | Да/Нет |
| 12. | Выполнена постановка пациента на диспансерное наблюдение | Да/Нет |
| 13. | Выполнена фиксация в медицинской документации повышения офисного (клинического) артериального давления выше 140 или 90 мм рт. ст. на повторных визитах, либо на основании суточного мониторирования артериального давления (среднее за 24 часа > 130 мм или > 80 мм рт. ст.) | Да/Нет |
| 14. | Назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза и выполнена ее интенсификация для достижения целевого артериального давления лицам с артериальной гипертензией 2-й степени и выше | Да/Нет |
| 15. | Выполнено достижение целевого уровня систолического артериального давления < 140 мм рт. ст. и диастолического артериального давления < 90 мм рт. ст. через 3 месяца от начала лечения, а при условии хорошей переносимости в течение 6 месяцев достигнут целевой уровень 130/80 мм рт. ст. или ниже. При недостижении целевого артериального давления приведено объяснение необходимости индивидуального уровня артериального давления и скорости его снижения | Да/Нет |

**9.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при артериальной гипертензии (коды по МКБ-10: I10, I11, I12, I13, I15, I95.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено измерение артериального давления на любом приеме | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование креатинина в крови, определение скорости | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом, исследование глюкозы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование мочевой кислоты, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев | |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнена качественная оценка протеинурии тест-полоской или определение альбумина в моче при первичной постановке диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография при первичной постановке диагноза и при обращении не менее 1 раз в 12 месяцев | Да/Нет |
| 7. | Выполнена фиксация диагноза с указанием стадии заболевания, степени повышения артериального давления (при отсутствии терапии), категории риска, наличия поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний | Да/Нет |
| 8. | Выполнена немедикаментозная терапия (даны рекомендации по изменению образа жизни) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена фиксация в медицинской документации повышения артериального давления выше 140 или 90 мм рт. ст. на повторных приемах, либо на основании суточного мониторирования артериального давления (среднее за 24 часа > 130 мм или > 80 мм рт. ст.) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена комбинированная антигипертензивная терапия (при артериальной гипертензии 2-й степени и выше) | Да/Нет |

**9.12. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при легочной гипертензии, в том числе хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (коды по МКБ-10: I27.0, I27.2, I27.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога или прием (консультация) врача-терапевта первичный со сбором анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный с оценкой уровня гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов в рамках первичного обследования и далее каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование креатинина в крови, исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | общего белка в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови в рамках первичного обследования и далее каждые 3 - 6 месяцев | |
| 4. | Выполнен анализ крови с определением антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, с определением антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, с определением антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, с определением антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови при первичном обследования и затем каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |
| 6. | Выполнен тест с 6-минутной ходьбой для оценки физической работоспособности при первичном обследовании и затем каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 10. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 12. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом кардиологом при установленном диагнозе "легочная артериальная гипертензия" и "хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия" | Да/Нет |
| 13. | Выполнено направление в экспертный центр легочной гипертензии | Да/Нет |

**9.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при легочной гипертензии, в том числе хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (коды по МКБ-10: I27.0, I27.2, I27.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога или прием | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (консультация) врача-терапевта со сбором анамнеза и жалоб и с терапевтическим осмотром | |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный с оценкой уровня гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов в рамках первичного обследования и далее каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови в рамках первичного обследования и далее каждые 3 - 6 месяцев | Да/Нет |
| 4. | Выполнен анализ крови с определением антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, с определением антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови, с определением антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, с определением антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) в крови при первичном обследования и затем каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |
| 6. | Выполнен тест с 6-минутной ходьбой для оценки физической работоспособности при первичном обследования и затем каждые 6 - 12 месяцев | Да/Нет |
| 7. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 10. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 12. | Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца пациентам с подозрением на наличие легочной артериальной гипертензии или хронической тромбоэмболической легочной гипертензии для подтверждения диагноза и определения тактики лечения или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 13. | Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца в сочетании с селективной ангиопульмонографией у больных хронической тромбоэмболической легочной гипертензией или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 14. | Выполнено лечение блокаторами кальциевых каналов - производных дигидропиридина или дилтиаземом для лечения пациентов идиопатической, наследственной легочной артериальной гипертензией, легочной артериальной гипертензией при приеме лекарственных препаратов при наличии положительного вазореактивного теста | Да/Нет |
| 15. | Выполнена специфическая стартовая монотерапия антагонистом рецепторов эндотелина, ингибитором фосфодиэстеразы типа 5, риоцигуатом, селексипагом, илопростом у пациентов с впервые установленной легочной артериальной гипертензией, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, портопульмональной легочной артериальной гипертензией, при синдроме Эйзенменгера | Да/Нет |
| 16. | Выполнена начальная монотерапия антагонистом рецепторов эндотелина, ингибитором фосфодиэстеразы типа 5, риоцигуатом или селексипагом у пациентов идиопатической легочной артериальной гипертензией, наследственной легочной артериальной гипертензией, легочной артериальной гипертензией при приеме лекарственных препаратов, легочной артериальной гипертензией на фоне системных заболеваний соединительной ткани, резидуальной легочной артериальной гипертензией после коррекции простых системно-легочных шунтов низкого риска без сердечно-легочной коморбидности | Да/Нет |
| 17. | Выполнена эскалация специфической для легочной артериальной гипертензии терапии при недостижении низкого риска смертности на фоне предшествующего лечения | Да/Нет |
| 18. | Выполнена специфическая терапия (риоцигуат, илопрост, антагонист рецепторов эндотелина, ингибитор фосфодиэстеразы типа 5) пациентам с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией в случае неоперабельности при среднем давлении в легочной артерии $\geq$ 25 мм рт. ст. и легочно-сосудистом сопротивлении $\geq$ 3 ед. Вуда | Да/Нет |
| 19. | Выполнена баллонная ангиопластика легочной артерии у пациентов с неоперабельной или резидуальной хронической тромбоэмболической легочной гипертензией или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения вмешательства | Да/Нет |
| 20. | Выполнена легочная тромбэндартерэктомия технически операбельным пациентам с хронической тромбоэмболической легочной гипертензией при отсутствии медицинских противопоказаний | Да/Нет |

**9.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (коды по МКБ-10: I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.0, I24.8, I24.9)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта или прием (консультация) врача-кардиолога, или прием (консультация) фельдшера, выполнен осмотр со сбором анамнеза и жалоб, выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 2. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение | Да/Нет |
| 3. | Выполнена программа кардиологической реабилитации | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови (с расчетом скорости клубочковой фильтрации) не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование холестерина липопротеидов низкой плотности не реже 2 раз в год | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 8. | Выполнена эхокардиография трансторакальная с оценкой фракции выброса левого желудочка не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в сочетании с ингибитором P2Y12 рецепторов тромбоцитов (клопидогрел, тикагрелор или прасугрел), или терапия пероральным антикоагулянтом (апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан, эдоксабан или антагонист витамина К) в сочетании с антиагрегантом (клопидогрел, тикагрелор или ацетилсалициловая кислота) после оценки риска | Да/Нет |
| 10. | Назначено лечение высокой дозой ингибитора 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статином), при недостижении целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (< 1,4 ммоль/л) или при отсутствии его снижения на 50% от исходного уровня увеличена доза ингибитора 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статина) или назначена комбинированная гиполипидемическая терапия (с добавлением эзетимиба и (или) эволокумаба, или алирокумаба, или инклисирана) после оценки риска, либо пациент направлен в другую медицинскую организацию для коррекции лечения | Да/Нет |
| 11. | Назначено лечение лекарственными препаратами из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина (обязательно у пациентов с фракцией выброса левого желудочка < 40%, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, хронической болезнью почек, при сахарном диабете) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Назначено лечение лекарственным препаратом из группы бета- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | адреноблокаторов перорально (как минимум при фракции выброса левого желудочка < 40%) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**9.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (коды по МКБ-10: I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.0, I24.8, I24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены электрокардиография, расшифровка и интерпретация в течение 10 минут от прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту либо в течение 10 минут от поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнена госпитализация в региональный сосудистый центр для больных с острым коронарным синдромом, в кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии (первичное сосудистое отделение) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта или прием (консультация) врача-кардиолога, или прием (консультация) фельдшера, выполнен осмотр со сбором анамнеза и жалоб, выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 4. | Выполнено указание в медицинской документации временного интервала от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение лекарственных препаратов для тромболитической терапии не позднее 10 минут от момента установления диагноза в первые 12 часов от начала развития инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST при невозможности выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства в течение 120 минут от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию и после оценки показаний и противопоказаний к тромболитической терапии | Да/Нет |
| 6. | Выполнена коронарная ангиография и, при необходимости, чрескожное коронарное вмешательство в пределах 2 - 24 часов после успешной тромболитической терапии, либо пациент направлен в иную медицинскую организацию для проведения медицинского вмешательства | Да/Нет |
| 7. | Выполнено в максимально короткие сроки чрескожное коронарное вмешательство при неуспешной тромболитической терапии (через 60 - 90 минут после осуществления тромболизиса снижение сегмента ST не превышает 50% в отведениях, где элевация сегмента ST была максимальной), при появлении признаков гемодинамической (острая сердечная недостаточность) или электрической (жизнеугрожающие аритмии) нестабильности, при прогрессирующей ишемии миокарда или нестихающей боли в груди, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для срочного проведения инвазивного исследования и лечения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство, когда время от постановки диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию не превышает 120 минут в первые 12 часов от начала развития инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, или в срок от 12 до 48 часов после начала заболевания, или в более поздние сроки в случаях, когда сохраняется и (или) возобновляется ишемия миокарда, отмечается гемодинамическая (острая сердечная недостаточность) или электрическая (жизнеугрожающие аритмии) нестабильность, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для срочного проведения инвазивного исследования и лечения | Да/Нет |
| 9. | Выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство в стационаре с возможностью его проведения в интервале времени от постановки (подтверждения) диагноза до введения проводника в инфаркт-связанную артерию менее 60 минут | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование сердечного тропонина I или T в крови (при неинформативности первого исследования оно выполнено повторно) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эхокардиография трансторакальная с оценкой фракции выброса левого желудочка, оптимально в первые сутки госпитализации | Да/Нет |
| 12. | Выполнена катетеризация артериального русла через лучевую артерию, либо через иную артерию с указанием причины невозможности использования радиального доступа при проведении коронарной ангиографии и чрескожного коронарного вмешательства | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов ангиотензина после оценки риска у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq$ 40% | Да/Нет |
| 14. | Выполнено лечение бета-адреноблокатором после оценки риска | Да/Нет |
| 15. | Выполнено лечение высокой дозой ингибитора 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статина) после оценки риска | Да/Нет |
| 16. | Выполнено лечение ацетилсалициловой кислотой перорально в сочетании с ингибитором P2Y12-рецептора тромбоцитов перорально и парентеральным антикоагулянтом с последующим переходом на комбинированный прием ацетилсалициловой кислоты перорально с ингибитором P2Y12-рецептора тромбоцитов перорально для пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, или на комбинированное лечение пероральным антикоагулянтом (апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан, эдоксабан или антагонист витамина К), ацетилсалициловой кислотой внутрь с антиагрегантом (клопидогрелом, тикагрелором или ацетилсалициловой кислотой) после оценки риска | Да/Нет |
| 17. | Выполнено определение сроков этапной реваскуляризации миокарда у пациентов с сохраняющимися гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий | Да/Нет |
| 18. | Выполнено указание в медицинской документации временного интервала от момента обращения за медицинской помощью до начала реперфузионного лечения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 19. | Выполнено введение проводника в инфаркт-связанную артерию при проведении первичного чрескожного коронарного вмешательства не позднее 60 минут от постановки (подтверждения) диагноза в региональном сосудистом центре для больных с острым коронарным синдромом | Да/Нет |
| 20. | Выполнено коронароангиография и (или) чрескожное коронарное вмешательство с использованием доступа через лучевую артерию (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**9.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при стабильной ишемической болезни сердца (коды по МКБ-10: I20.0, I20.1, I20.8. I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9, Q24.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка предтестовой вероятности ишемической болезни сердца (при первичной постановке диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеидов низкой плотности, исследование триглицеридов в крови (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка ишемии миокарда с помощью одного из неинвазивных методов диагностики (при невозможности выполнения дано направление в медицинскую организацию, имеющую условия для выполнения диагностического исследования) (при первичной постановке диагноза при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Назначена антиангинальная терапия, в том числе комбинированная, в соответствии с алгоритмом, при отсутствии медицинских противопоказаний (при плановом посещении, если ранее не было сделано) | Да/Нет |
| 9. | Назначена антитромботическая терапия (ингибитором агрегации тромбоцитов), или комбинированная антитромботическая терапия у пациентов с высоким ишемическим риском и низким риском кровотечений, или только терапия антикоагулянтом (на плановом визите, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | если ранее не было сделано) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 10. | Назначено лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами рецепторов ангиотензина II, как минимум у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq$ 40%, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, хронической болезнью почек, при сахарном диабете, и бета-адреноблокаторы при артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, нарушениях ритма (на плановом визите, если ранее не было сделано) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Назначено лечение статинами, при недостижении целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (< 1,4 ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного - увеличение дозы статинов или комбинированная терапия (с эзетимибом и (или) препаратом из группы другие гиполипидемические средства (ингибиторы PCSK9, инклисиран)) (на плановом визите, если ранее не было сделано) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено направление на коронарографию и (или) реваскуляризацию миокарда пациенту с тяжелой стабильной стенокардией (функционального класса III - IV) или с клинико-инструментальными признаками высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, несмотря на проводимую медикаментозную терапию (на плановом визите, если ранее не было сделано) | Да/Нет |

**9.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при стабильной ишемической болезни сердца (коды по МКБ-10: I20.0, I20.1, I20.8. I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9, Q24.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при первичной постановке диагноза и 1 раз в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений с использованием неинвазивного визуализирующего стресс-теста (при невозможности выполнения дано направление в медицинскую организацию, имеющую условия для выполнения диагностического исследования) (при отсутствии медицинских противопоказаний, при ухудшении симптоматики заболевания) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена антиангинальная терапия, в том числе комбинированная, в соответствии с алгоритмом, при отсутствии медицинских противопоказаний | Да/Нет |
| 5. | Выполнена антитромботическая терапия (ингибитором агрегации | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | тромбоцитов), или комбинированная антитромботическая терапия у пациентов с высоким ишемическим риском и низким риском кровотечений, или только терапия антикоагулянтом (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 6. | Выполнено лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или антагонистами рецепторов ангиотензина II, как минимум у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq$ 40%, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, хронической болезнью почек, при сахарном диабете, и бета-адреноблокаторы при артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, нарушениях ритма (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение статинами, при недостижении целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (< 1,4 ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного - увеличение дозы статинов или комбинированная терапия (с эзетимибом и (или) препаратом из группы другие гиполипидемические средства (ингибиторы PCSK9, инклисиран)) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены коронарография и реваскуляризация миокарда у пациента с тяжелой стабильной стенокардией (функциональный класс III - IV) или с клинико-инструментальными признаками высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, несмотря на проводимую лекарственную терапию (если ранее не было сделано) | Да/Нет |

**9.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (коды по МКБ-10: I20.0, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24.8, I24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены электрокардиография, расшифровка и интерпретация в течение 10 минут от прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту либо в течение 10 минут от начала оказания специализированной медицинской помощи | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный или прием (консультация) врача-кардиолога первичный, или прием (консультация) фельдшера, выполнен осмотр со сбором анамнеза и жалоб, выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 3. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение | Да/Нет |
| 4. | Выполнены методы медицинской реабилитации при кардиологических заболеваниях | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | мочевины в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови (с определением скорости клубочковой фильтрации) не реже 1 раза в год | |
| 7. | Выполнено исследование холестерина липопротеидов низкой плотности не реже 2 раз в год | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 9. | Выполнена эхокардиография трансторакальная с оценкой фракции выброса левого желудочка не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 10. | Назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в сочетании с ингибитором $P2Y_{12}$ рецепторов тромбоцитов (клопидогрел, тикагрелор или прасугрел), или лечение пероральным антикоагулянтом (апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан, эдоксабан или антагонист витамина К) в сочетании с антиагрегантом (клопидогрел, тикагрелор или ацетилсалициловая кислота) после оценки риска, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для назначения и коррекции лечения | Да/Нет |
| 11. | Назначено лечение высокой дозой ингибитора 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статином), при недостижении целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (< 1,4 ммоль/л) или при отсутствии его снижения на 50% от исходного уровня увеличена доза ингибитора 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статина) или назначена комбинированная гиполипидемическая терапия (с добавлением эзетимиба и (или) эволокумаба, или алирокумаба, или инклисирана) после оценки риска, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для коррекции лечения | Да/Нет |
| 12. | Назначено лечение лекарственными препаратами из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов ангиотензина II (как минимум у пациентов с фракцией выброса левого желудочка < 40%, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, хронической болезнью почек, при сахарном диабете) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Назначено лечение лекарственными препаратами из группы бета-адреноблокаторов перорально (как минимум при фракции выброса левого желудочка < 40%) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**9.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (коды по МКБ-10: I20.0, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24,8, I24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены электрокардиография, расшифровка и интерпретация в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | течение 10 минут от прибытия бригады скорой медицинской помощи к пациенту, либо в течение 10 минут от начала оказания специализированной медицинской помощи | |
| 2. | Выполнена госпитализация в специализированный стационар (в региональный сосудистый центр, в кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии для пациентов с острым коронарным синдромом (первичное сосудистое отделение) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта или прием (консультация) врача-кардиолога, или прием (консультация) фельдшера, выполнен осмотр со сбором анамнеза и жалоб, выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование сердечного тропонина I или T в крови (при неинформативности первого исследования оно выполнено повторно) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная с оценкой фракции выброса левого желудочка | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка риска неблагоприятного исхода, на основании которой выбрана и реализована одна из стратегий лечения в условиях стационара (проведение коронароангиографии в первые 2 часа после госпитализации; проведение коронароангиографии в первые 24 часа после госпитализации; проведение коронароангиографии в течение госпитализации; первоначальное неинвазивное лечение, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения инвазивной диагностики и лечения коронарных артерий) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращаюгцего фермента или антагонистом рецепторов ангиотензина после оценки риска у пациентов с фракцией выброса левого желудочка $\leq$ 40%, с симптомами сердечной недостаточности, при сопутствующей артериальной гипертензии, при сопутствующей хронической болезни почек, при сопутствующем сахарном диабете | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение бета-адреноблокатором перорально после оценки риска пациентам с фракцией выброса левого желудочка $\leq$ 40% | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение высокой дозой ингибитора 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статина) после оценки риска | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение ацетилсалициловой кислотой перорально в сочетании с лечением ингибитора P2Y12-рецептора тромбоцитов внутрь и парентеральным антикоагулянтом с последующим переходом на комбинированный прием ацетилсалициловой кислоты перорально с ингибитором P2Y12-рецептора тромбоцитов внутрь для пациентов с показаниями к длительному применению антикоагулянтов, или на комбинированное лечение пероральным антикоагулянтом (апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан, эдоксабан или антагонист витамина К), ацетилсалициловой кислотой перорально с антиагрегантом (клопидогрелом, тикагрелором или ацетилсалициловой кислотой) после оценки риска | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение сроков этапной реваскуляризации миокарда у | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | пациентов с сохраняющимися гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий | |
| 12. | Выполнена программа кардиологической реабилитации | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение высокой дозой ингибитора 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статином); при недостижении целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (< 1,4 ммоль/л) или при отсутствии его снижения на 50% от исходного уровня увеличена доза ингибитора 3-гидрокси-3-метилглютарил-кофермент А-редуктазы (статина) или назначена комбинированная гиполипидемическая терапия (с добавлением эзетимиба и (или) эволокумаба, или алирокумаба, или инклисирана) после оценки риска, либо пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для коррекции лечения | Да/Нет |

**9.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (коды по МКБ-10: I50.0, I50.1, I50.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование альбумина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи, при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида (N-концевого фрагмента прогормона мозгового натрийуретического пептида) (NT-proBNP) при первичной постановке диагноза "хроническая сердечная недостаточность" и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 8. | Назначено лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и (или) валсартаном + сакубитрилом, бета-адреноблокаторами | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | и (или) антагонистами альдостерона и дапаглифлозином или эмпаглифлозином, или проведена коррекция их дозы (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 9. | Назначено лечение пероральными диуретиками при признаках задержки жидкости (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**9.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (коды по МКБ-10: I50.0, I50.1, I50.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование альбумина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи, при обращении не менее 1 раза в год и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование натрийуретических пептидов (мозгового натрийуретического пептида (N-концевого фрагмента прогормона мозгового натрийуретического пептида) (NT-proBNP) при первичной постановке диагноза "хроническая сердечная недостаточность" и при острой декомпенсации | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение петлевыми диуретиками, при необходимости - вазодилататорами и (или) инотропными препаратами, и (или) вазопрессорами при острой декомпенсации сердечной недостаточности (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и (или) валсартаном + сакубитрилом, бета-адреноблокаторами и (или) антагонистами альдостерона и дапаглифлозином или эмпаглифлозином, или проведена коррекция их дозы (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнено лечение пероральными диуретиками при признаках задержки жидкости (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**9.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при брадиаритмиях и нарушениях проводимости (коды по МКБ-10: I44 (I44.0, I44.1, I44.2, I44.3, I44.4, I44.5, I44.6, I44.7), I45 (I45.0, I45.1, I45.2, I45.3, I45.4, I45.5, I45.8, I45.9), I46 (I46.0, I46.1, I46.9), I49.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр со сбором анамнеза и жалоб, выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнено длительное мониторирование сердечного ритма с использованием кардиомонитора, выбранного на основе частоты, характера симптомов, а также предпочтения пациента | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная пациентам с брадикардией или нарушениями проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса и предсердно-желудочковая блокада II степени Мобитц II, предсердно-желудочковая блокада высокой степени или предсердно-желудочковая блокада III степени) при подозрении на структурное заболевание сердца или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 5. | Выполнено тестирование работы электрокардиостимулятора после его имплантации дважды в течение 6 месяцев, затем не реже 1 раза в год, пациентам с двухкамерными электрокардиостимуляторами после имплантации - дважды в течение 6 месяцев, затем не реже 1 раза в год, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для тестирования электрокардиостимулятора | Да/Нет |
| 6. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом-кардиологом при наличии имплантированного электронного искусственного водителя сердечного ритма, при наличии брадиаритмии и нарушениях внутрисердечной проводимости, связанных с высоким риском смерти | Да/Нет |

**9.23. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при брадиаритмиях и нарушениях проводимости (коды по МКБ-10: I44 (I44.0, I44.1, I44.2, I44.3, I44.4, I44.5, I44.6, I44.7), I45 (I45.0, I45.1, I45.2, I45.3, I45.4, I45.5, I45.8, I45.9), I46 (I46.0, I46.1, I46.9), I49.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр со сбором анамнеза и жалоб, проведено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнено длительное мониторирование сердечного ритма с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | использованием кардиомонитора, выбранного на основе частоты, характера симптомов, а также предпочтения пациента | |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная пациентам с брадикардией или нарушениями проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса и предсердно-желудочковая блокада II степени Мобитц II, предсердно-желудочковая блокада высокой степени или предсердно-желудочковая блокада III степени) при подозрении на структурное заболевание сердца или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 5. | Выполнена имплантация постоянного электрокардиостимулятора с обеспечением однокамерной или двухкамерной стимуляции сердца для устранения брадикардии и ее клинической симптоматики при отсутствии обратимости или при отсутствии физиологического характера брадикардии, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения имплантации | Да/Нет |
| 6. | Выполнено тестирование работы электрокардиостимулятора после его имплантации дважды в течение 6 месяцев, затем не реже 1 раза в год, пациентам с двухкамерными электрокардиостимуляторами после имплантации - дважды в течение 6 месяцев, затем не реже 1 раза в год, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для тестирования электрокардиостимулятора | Да/Нет |

**9.24. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при желудочковых нарушениях ритма. Желудочковых тахикардиях и внезапной сердечной смерти (коды по МКБ-10: I46, I46.0, I46.1, I46.9, I47.0, I47.2, I47.9, I49, I49.0, I49.3, I49.4, I49.8, I49.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены электрокардиография и (или) холтеровское мониторирование сердечного ритма пациентам при прохождении обследования на предмет выявления желудочковых аритмий | Да/Нет |
| 2. | Выполнено эхокардиография трансторакальная для оценки функции левого желудочка и выявления структурной патологии сердца у пациента с желудочковой аритмией | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение бета-адреноблокаторами в лечении всех категорий пациентов со структурным поражением миокарда и (или) дисфункцией левого желудочка, имеющих повышенный риск внезапной сердечной смерти и нуждающихся в ее первичной или вторичной профилактике (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены реанимационные мероприятия и экстренная кардиоверсия или дефибрилляция (пациенту с остановкой кровообращения и (или) синкопальным эпизодом и при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков по данным электрокардиографии) | Да/Нет |

**9.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при желудочковых нарушениях ритма. Желудочковых тахикардиях и внезапной сердечной**

**смерти (коды по МКБ-10: I46, I46.0, I46.1, I46.9, I47.0, I47.2, I47.9, I49, I49.0, I49.3, I49.4, I49.8, I49.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено направление на консультацию к врачу, специализирующемуся на диагностике и лечении нарушений ритма сердца (врачу-кардиологу, врачу-сердечно-сосудистому хирургу, врачу по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению) для решения вопроса о необходимости выполнения катетерной аблации при повторных срабатываниях и (или) шоках имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора вследствие устойчивой желудочковой тахикардии и неэффективности или невозможности антиаритмической терапии | Да/Нет |
| 2. | Выполнено направление на консультацию к врачу, специализирующемуся на диагностике и лечении нарушений ритма сердца (врачу-кардиологу, врачу-сердечно-сосудистому хирургу, врачу по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению) или в специализированный кардиологический центр для решения вопроса о необходимости имплантации имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора при сохраняющейся дисфункции левого желудочка (фракция выброса левого желудочка - 35% и менее) и сердечной недостаточности (II или III функциональный класс по NYHA), по истечении 40 календарных дней после инфаркта миокарда | Да/Нет |
| 3. | Выполнены реанимационные мероприятия и экстренная кардиоверсия или дефибрилляция (пациенту с остановкой кровообращения и (или) синкопальным эпизодом и при диагностировании пароксизма желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков по данным электрокардиографии) | Да/Нет |

**9.26. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при миокардитах (коды по МКБ-10: I40, I41, I51.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта или прием (консультация) врача-кардиолога, сбор анамнеза и жалоб, выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование тропонина Т или тропонина I в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 9. | Выполнено 24-часовое мониторирование электрокардиограммы | Да/Нет |
| 10. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 11. | Назначена иммуносупрессивная терапия глюкокортикоидами или иммунодепрессантами (при доказанных аутоиммунных (вирус-негативных) формах миокардита) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение при установленном диагнозе "перенесенный острый миокардит" или "подострый миокардит", или "хронический активный миокардит" | Да/Нет |

**9.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при миокардитах (коды по МКБ-10: I40, I41, I51.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта или прием (консультация) врача-кардиолога сбор анамнеза и жалоб, выполнено физикальное обследование пациента | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование тропонина Т или тропонина I в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 9. | Выполнено 24-часовое мониторирование электрокардиограммы | Да/Нет |
| 10. | Выполнена коронароангиография для исключения ишемической болезни сердца или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 11. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследования | Да/Нет |
| 12. | Выполнена эндомиокардиальная биопсия с прижизненным патолого- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов и вирусологического методов гемодинамически нестабильному пациенту с симптомами сердечной недостаточности продолжительностью менее 2 недель с нормальным или расширенным левым желудочком сердца, пациенту с впервые возникшими симптомами сердечной недостаточности продолжительностью от 2 недель до 3 месяцев с расширенным левым желудочком сердца, пациенту с рецидивирующими желудочковыми аритмиями, пациенту с атриовентрикулярной блокадой II - III степени, пациенту с отсутствием эффективности проводимого лечения в течение 1 - 2 недель, или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для выполнения данного исследования | |
| 13. | Выполнена иммуносупрессивная терапия глюкокортикоидами или иммунодепрессантами (при доказанных аутоиммунных (вирус-негативных) формах миокардита) | Да/Нет |

**9.28. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при наджелудочковых тахикардиях (коды по МКБ-10: I47.1, I47.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови, исследование С-реактивного белка в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование тиреотропного гормона в крови при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнены электрокардиография, и (или) холтеровское мониторирование сердечного ритма (суточное или многосуточное), и (или) выполнена регистрация (анализ данных) электрокардиосигнала с помощью носимого или имплантируемого "регистратора событий" при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 4. | Выполнено трансторакальное эхокардиографическое исследование при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография при восстановлении синусового ритма у пациентов с наджелудочковой тахикардией с целью перманентного контроля эффективности и безопасности лечения | Да/Нет |
| 6. | Выполнены последовательно при наличии медицинских показаний вагусные приемы и (или) внутривенное введение трифосаденина, и (или) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | внутривенное введение антиаритмических препаратов для восстановления синусового ритма или контроля частоты сердечных сокращений в соответствии с характером наджелудочковой тахикардии | |
| 7. | Назначена антиаритмическая терапия в соответствии с характером наджелудочковой тахикардии при наличии показаний | Да/Нет |
| 8. | Назначена антикоагулянтная терапия пациентам с трепетанием предсердий при наличии по шкале CHA2DS2-VASc у мужчин $\geq$ 2 баллов, у женщин $\geq$ 3 баллов | Да/Нет |

**9.29. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при наджелудочковых тахикардиях (коды по МКБ-10: I47.1, I47.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 2. | Выполнены: исследование креатинина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови, исследование С-реактивного белка в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование тиреотропного гормона в крови при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнены электрокардиография, и (или) холтеровское мониторирование сердечного ритма (суточное или многосуточное), и (или) выполнена регистрация (анализ данных) электрокардиосигнала с помощью носимого или имплантируемого "регистратора событий" при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 4. | Выполнено трансторакальное эхокардиографическое исследование при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография при восстановлении синусового ритма у пациентов с наджелудочковой тахикардией с целью перманентного контроля эффективности и безопасности лечения | Да/Нет |
| 6. | Выполнена синхронизированная электроимпульсная терапия при гемодинамически нестабильной наджелудочковой тахикардии | Да/Нет |
| 7. | Выполнены последовательно при наличии показаний вагусные приемы и (или) внутривенное введение трифосаденина, и (или) внутривенное введение антиаритмических препаратов для восстановления синусового ритма или контроля частоты сердечных сокращений в соответствии с характером наджелудочковой тахикардии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнена антиаритмическая терапия в соответствии с характером наджелудочковой тахикардии при наличии медицинских показаний | Да/Нет |
| 9. | Выполнена антикоагулянтная терапия пациентам с трепетанием предсердий при наличии по шкале CHA2DS2-VASc у мужчин $\geq$ 2 баллов, у женщин $\geq$ 3 баллов | Да/Нет |
| 10. | Выполнена катетерная аблация наджелудочковой тахикардии в качестве первого выбора или при неэффективности антиаритмической терапии в соответствии с характером аритмии | Да/Нет |

**9.30. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий (коды по МКБ-10: I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный со сбором анамнеза и жалоб и физикальным исследованием | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения холтеровского мониторирования сердечного ритма | Да/Нет |
| 4. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, и исследование калия в крови, и исследование натрия в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, билирубина, и исследование креатинина в крови при установлении диагноза фибрилляции и трепетании предсердий и выполнен расчет клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта перед назначением пероральных антикоагулянтов | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная при установлении диагноза фибрилляции и трепетания предсердий или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 6. | Выполнено уточнение формы и варианта фибрилляции предсердий, трепетания предсердий в диагнозе: впервые выявленное заболевание, пароксизмальная форма, персистирующая форма, длительно персистирующая форма, постоянная форма (в зависимости от частоты сердечных сокращений и тяжести клинических проявлений) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена и вынесена в диагноз оценка риска тромбоэмболических осложнений согласно шкале CHA2DS2-VASc у больного с неклапанной фибрилляцией или трепетанием предсердий | Да/Нет |
| 8. | Выполнен поиск обратимых факторов риска развития фибрилляции или трепетания предсердий (лихорадка, гипокалиемия, тиреотоксикоз, эмоциональный стресс, алкоголь, артериальная гипертония, сахарный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | диабет, ожирение, декомпенсация хронической сердечной недостаточности) и даны рекомендации по их коррекции | |
| 9. | Выполнена антикоагулянтная терапия пациентам с фибрилляцией или трепетанием предсердий и высоким риском тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc ($\geq$ 3 баллов у женщин и $\geq$ 2 баллов у мужчин): ингибитором тромбина прямого (дабигатрана этексилат) или одним из прямых ингибиторов фактора Xa (апиксабан или ривароксабан, или эдоксабан) с обоснованием выбранной дозы или с назначением антагониста витамина К с указанием необходимости лабораторного контроля величины международного нормализованного отношения | Да/Нет |
| 10. | Назначено лечение антагонистами витамина К и даны рекомендации по лабораторному контролю международного нормализованного отношения пациентам с фибрилляцией или трепетанием предсердий и митральным стенозом умеренной или тяжелой степени, или при наличии механических протезов клапанов сердца | Да/Нет |
| 11. | Выполнен после обсуждения с пациентом выбор стратегии лечения фибрилляции или трепетания предсердий: снижение частоты сокращений желудочков на фоне сохраняющейся фибрилляции или трепетания предсердий ("контроль частоты") или длительное сохранение синусового ритма ("контроль ритма сердца"). Обсужден с пациентом вопрос об интервенционном лечении заболевания (выполнение криоабляции аритмогенных зон или радиочастотной абляции аритмогенных зон). В соответствии с выбором назначено соответствующее лечение | Да/Нет |
| 12. | Выполнена постановка на диспансерное наблюдение врачом-кардиологом, врачом-терапевтом | Да/Нет |

**9.31. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий (коды по МКБ-10: I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога или прием (консультация) врача-терапевта первичный со сбором анамнеза и жалоб и физикальным исследованием | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения холтеровского мониторирования сердечного ритма | Да/Нет |
| 4. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, исследование калия в крови и исследование натрия в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, билирубина и исследование креатинина в крови при установлении диагноза фибрилляции и трепетании предсердий и выполнен расчет клиренса креатинина по формуле Кокрофта-Голта перед назначением | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | пероральных антикоагулянтов | |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная при установлении диагноза фибрилляции и трепетания предсердий или пациент направлен в специализированную медицинскую организацию для проведения исследования | Да/Нет |
| 6. | Выполнено уточнение формы и варианта фибрилляции предсердий, трепетания предсердий в диагнозе: впервые выявленное заболевание, пароксизмальная форма, персистирующая форма, длительно персистирующая форма, постоянная форма | Да/Нет |
| 7. | Выполнена и вынесена в диагноз оценка риска тромбоэмболических осложнений согласно шкале CHA2DS2-VASc у больного с неклапанной фибрилляцией/трепетанием предсердий | Да/Нет |
| 8. | Выполнен поиск обратимых факторов риска развития фибрилляции или трепетания предсердий (лихорадка, гипокалиемия, тиреотоксикоз, эмоциональный стресс, алкоголь, артериальная гипертония, сахарный диабет, ожирение, декомпенсация хронической сердечной недостаточности) и даны рекомендации по их коррекции | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение антикоагулянтной терапии пациентам с фибрилляцией или трепетанием предсердий и высоким риском тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc ($\geq$ 3 баллов у женщин и $\geq$ 2 баллов у мужчин): ингибитором тромбина прямого (дабигатрана этексилат) или одним из прямых ингибиторов фактора Xa (апиксабан или ривароксабан, или эдоксабан) с обоснованием выбранной дозы или назначение антагониста витамина К с указанием необходимости лабораторного контроля величины международного нормализованного отношения | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение антагонистами витамина К и даны рекомендации по лабораторному контролю международного нормализованного отношения пациентам с фибрилляцией или трепетанием предсердий и митральным стенозом умеренной или тяжелой степени, или при наличии механических протезов клапанов сердца | Да/Нет |
| 11. | Выполнен после предоставления пациенту полной информации о методах лечения выбор стратегии лечения фибрилляции или трепетания предсердий: снижение частоты сокращений желудочков на фоне сохраняющейся фибрилляции или трепетания предсердий ("контроль частоты") или длительное сохранение синусового ритма ("контроль ритма сердца"). Предоставлена пациенту полная информация об интервенционном лечении заболевания (выполнение криоабляции аритмогенных зон или радиочастотной абляции аритмогенных зон). В соответствии с выбором назначено соответствующее лечение | Да/Нет |

**9.32. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при митральной недостаточности (коды по МКБ-10: I34.0, I34.1, I34.8, I34.9, I05.1, I05.2, I05.8, Q23.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый с подсчетом лейкоцитарной формулы (при диспансерном наблюдении не реже 1 раза в год) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови, исследование глюкозы в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности лактат дегидрогеназы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |

**9.33. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при митральной недостаточности (коды по МКБ-10: I34.0, I34.1, I34.8, I34.9, I05.1, I05.2, I05.8, Q23.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография (при планировании и (или) выполнении хирургического лечения и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый с подсчетом лейкоцитарной формулы (при планировании хирургического лечения и (или) перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови, исследование глюкозы в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование активности лактат дегидрогеназы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнена коронарная ангиография или оценена ранее выполненная (не позднее 6 месяцев) при планировании хирургического лечения (пациентам старше 40 лет, при анамнезе и (или) симптомах ишемической болезни сердца, при наличии признаков ишемии миокарда, при снижении фракции выброса левого желудочка < 50%, при наличии одного и более факторов риска ишемической болезни сердца и (или) постлучевом поражении) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено вмешательство на митральном клапане (реконструкция клапана, или протезирование, или эндоваскулярное вмешательство) в случае наличия соответствующих медицинских показаний и отсутствия медицинских противопоказаний | Да/Нет |
| 8. | Выполнены осмотр оперированных пациентов и эхокардиография не позже, чем через 2 - 4 недели после вмешательства, если не проводилась при выписке для ранней диагностики осложнений | Да/Нет |
| 9. | Выполнен контроль уровня международного нормализованного отношения после протезирования митрального клапана при контрольном визите на этапе подбора дозы не менее 1 раза в 3 - 4 календарных дня, далее при подобранной дозе антагониста витамина К 1 раз в 3 - 4 недели | Да/Нет |

**9.34. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гипертрофической кардиомиопатии (коды по МКБ-10: I42.1, I42.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование калия в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 4. | Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнена стратификация материнского риска с использованием модифицированной классификации Всемирной организации здравоохранения материнского риска беременным женщинам | Да/Нет |
| 6. | Выполнена стратификация риска по шкале HCM Risk-SCD, по результатам стратификации при наличии медицинских показаний к имплантации имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора, выполнен прием (консультация) врача-кардиолога или направлен на прием (консультацию) врача-кардиолога и (или). прием (консультация) врача - | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | сердечно-сосудистого хирурга | |
| 7. | Назначено лечение бета-адреноблокаторами или блокаторами кальциевых каналов, и (или) ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, или антагонистами рецепторов ангиотензина II, или диуретиками (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена постановка пациента на диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**9.35. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипертрофической кардиомиопатии (коды по МКБ-10: I42.1, I42.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование калия в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 4. | Выполнено холтеровское мониторирование сердечного ритма при первичном обращении и динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнена стратификация материнского риска с использованием модифицированной классификации Всемирной организации здравоохранения материнского риска беременным женщинам | Да/Нет |
| 6. | Выполнена стратификация риска по шкале HCM Risk-SCD, по результатам стратификации при наличии медицинских показаний к имплантации имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора выполнена консультация врача-кардиолога (направлен на консультацию) врача-кардиолога и (или) врача - сердечно-сосудистого хирурга | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение бета-адреноблокаторами или блокаторами кальциевых каналов, и (или) ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, или антагонистами рецепторов ангиотензина II, или диуретиками (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**10.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при острых респираторных вирусных инфекциях (коды по МКБ-10: J00 - J06, J20 - J22, B34.0, B34.2, B34.9, B97.0, B97.4)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-инфекциониста первичный, и (или) прием (консультация) врача-терапевта первичный, и (или) прием (консультация) врача-терапевта участкового первичный, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus) и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирусы гриппа A и B | Да/Нет |
| 4. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на SARS-CoV-2 и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2 | Да/Нет |
| 5. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 6. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (пациентам с явлениями бронхита и наличием физикальных признаков поражения легочной ткани) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография придаточных пазух носа (пациентам с явлениями синусита, фронтита, отита) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография (пациентам с тяжелым течением острой респираторной вирусной инфекции) | Да/Нет |
| 9. | Назначено патогенетическое и симптоматическое лечение | Да/Нет |

**10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых респираторных вирусных инфекциях (коды по МКБ-10: J00 - J06, J20 - J22, B34.0, B34.2, B34.9, B97.0, B97.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-инфекциониста первичный, и (или) прием (консультация) врача-терапевта первичный, и (или) прием (консультация) врача-терапевта участкового первичный, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнены молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus) и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирус гриппа (Influenza virus), парагриппа (Human Parainfluenza virus), риновирусы (Human Rhinovirus), аденовирус (Human Adenovirus), респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory Syncytial virus), коронавирусы 229E, OC43, NL63, HKUI (Human | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | Coronavirus), бокавирус (Human Bocavirus), метапневмовирус (Human Metapneumo virus) | |
| 4. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на SARS-CoV-2 и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2 | Да/Нет |
| 5. | Выполнена пульсоксиметрия с измерением SpO2 пациентам для ранней диагностики респираторных нарушений | Да/Нет |
| 6. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (пациентам с явлениями бронхита и наличием физикальных признаков поражения легочной ткани) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография придаточных пазух носа (пациентам с явлениями синусита, фронтита, отита) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография (пациентам с тяжелым течением острой респираторной вирусной инфекции) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом первичный (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, SpO2 < 92%) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено патогенетическое и симптоматическое лечение | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение глюкокортикостероидами (при тяжелом течении) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено достижение нормализации температуры тела, купирования респираторно-катарального синдрома, нормализации показателей общего анализа крови (критерии выписки из стационара) | Да/Нет |
| 13. | Выполнен осмотр ротоглотки | Да/Нет |
| 14. | Выполнены осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи | Да/Нет |
| 15. | Выполнено физикальное обследование легких (пальпация, перкуссия, аускультация) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена этиотропная терапия противовирусными препаратами | Да/Нет |
| 17. | Выполнено лечение антибактериальными препаратами в случае осложнений острой респираторной вирусной инфекции | Да/Нет |

**10.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при острой респираторной вирусной инфекции (коды по МКБ-10: J00, J02.9, J04.0, J04.1, J04.2, J06.0, J06.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-инфекциониста первичный и (или) прием (консультация) врача-педиатра участкового, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus) и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирусы гриппа A и B | Да/Нет |
| 4. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки на SARS-CoV-2 и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2 | Да/Нет |

**10.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при острой респираторной вирусной инфекции (коды по МКБ-10: J00, J02.9, J04.0, J04.1, J04.2, J06.0, J06.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный при лихорадке и выраженных общих симптомах | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи у всех лихорадящих пациентов без катаральных явлений | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 градусов Цельсия) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена элиминационная терапия (промывание полости носа натрия хлоридом или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение деконгестантами для местного применения (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом не более 5 календарных дней (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при остром синусите (код по МКБ-10: J01)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (пациентам с рецидивирующей формой острого риносинусита и пациентам с диагностированным иммунодефицитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям остром синусите (код по МКБ-10: J01)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография придаточных пазух носа и (или) компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (пациентам со среднетяжелой, тяжелой формой острого синусита) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение (в случае развития орбитальных или внутричерепных осложнений) | Да/Нет |

**10.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при остром тонзиллите и фарингите (остром тонзиллофарингите) (коды по МКБ-10: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный, и (или) прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначены антибактериальные лекарственные препараты системного действия (при подтверждении этиологического фактора бета-гемолитического стрептококка группы А или высокой его вероятности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром тонзиллите и фарингите (остром тонзиллофарингите) (коды по МКБ-10: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено иммунохроматографическое экспресс исследование мазка из зева на стрептококки группы А | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при подтверждении этиологического фактора бета-гемолитического стрептококка группы А или высокой его вероятности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение бета-лактамными антибактериальными лекарственными препаратами: пенициллинами (при подтверждении этиологического фактора бета-гемолитического стрептококка группы А или высокой его вероятности) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами: макролидами или другими бета-лактамными антибактериальными лекарственными препаратами, или линкозамидами (при подтверждении этиологического фактора бета-гемолитического стрептококка группы А и при наличии медицинских противопоказаний к бета-лактамным антибактериальным препаратам: пенициллинам) | Да/Нет |

**10.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром обструктивном ларингите [крупе], эпиглоттите, постинтубационном отеке гортани (коды по МКБ-10: J05.0, J05.1, J38.4, J38.6) (эпиглоттит)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнено парентеральное введение антибактериального лекарственного препарата системного действия (при наличии медицинских показаний и признаков бактериальной инфекции) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации ниже 92%) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена интубация трахеи (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |

**10.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром обструктивном ларингите [крупе], эпиглоттите, постинтубационном отеке гортани (коды по МКБ-10: J05.0, J05.1, J38.4, J38.6) (острый обструктивный ларингит [круп])**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы глюкокортикоиды для ингаляционного применения и (или) группы кортикостероиды для системного применения (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

**10.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гриппе (коды по МКБ-10: J9, J10, J11)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-инфекциониста первичный или | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача-терапевта участкового первичный, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки и (или) ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus) и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на вирусы гриппа A и B | Да/Нет |
| 4. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки или ротоглотки на SARS-CoV-2 и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2 | Да/Нет |
| 5. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 6. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (пациентам с явлениями бронхита и наличием физикальных признаков поражения легочной ткани) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография придаточных пазух носа (пациентам с явлениями синусита, фронтита, отита) | Да/Нет |
| 8. | Назначены противовирусные лекарственные препараты прямого действия (не позднее 48 часов от начала заболевания) (занамивир - не позднее 36 часов от начала заболевания) | Да/Нет |
| 9. | Назначено патогенетическое и симптоматическое лечение | Да/Нет |

**10.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гриппе (коды по МКБ-10: J9, J10, J11)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-инфекциониста первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача-терапевта участкового, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки и (или) ротоглотки на вирус парагриппа (Human Parainfluenza virus), риновирусы (Human Rhinovirus), аденовирус (Human Adenovirus), респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory Syncytial virus), коронавирусы 229E, OC43, NL63, HKUI (Human Coronavirus), бокавирус (Human Bocavirus), метапневмовирус (Human Metapneumo virus) на амбулаторном этапе по клинико-эпидемиологическим показаниям: тяжелое течение, эпидемический очаг, пожилой возраст, угроза развития острый респираторный дистресс- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | синдром, в условиях стационара - всем заболевшим для проведения дифференциальной диагностики | |
| 4. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки или ротоглотки на SARS-CoV-2 и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка на SARS-CoV-2 | Да/Нет |
| 5. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная и (или) компьютерная томография грудной клетки (пациентам с явлениями бронхита и наличием физикальных признаков поражения легочной ткани) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография околоносовых пазух (при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом первичный (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, SpO2 < 92%) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ингаляторное введение кислорода (при наличии гипоксемии) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение противовирусными лекарственными препаратами прямого действия не позднее 48 часов (занамивир - в первые 36 часов) после манифестации болезни (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено патогенетическое и симптоматическое лечение | Да/Нет |
| 12. | Выполнено достижение нормализации температуры тела, купирование респираторно-катарального синдрома, нормализации показателей общего анализа крови (критерии выписки из стационара) | Да/Нет |
| 13. | Выполнен общий осмотр | Да/Нет |
| 14. | Выполнено измерение частоты дыхания, измерение артериального давления на периферических артериях, измерение частоты сердечных сокращений, измерение температуры тела | Да/Нет |
| 15. | Выполнена консультация смежных специалистов пациентам в случаях подозрения на осложнения: врача-невролога (при явлениях менингоэнцефалита), врача-пульмонолога (при наличии признаков пневмонии), врача-гематолога (при выраженных гематологических изменениях и геморрагическом синдроме), врача-кардиолога (при присоединении симптомов миокардита, острой сердечно-сосудистой недостаточности), врача - акушера-гинеколога (при развитии гриппа на фоне беременности) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена консультация врача - анестезиолога-реаниматолога пациентам с наличием быстропрогрессирующей острой дыхательной недостаточности или другой органной недостаточностью и произведен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии медицинских показаний | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 17. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (ампициллин, амоксициллин + клавулановая кислота или ампициллин + сульбактам, цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон), альтернативы - фторхинолоны) у пациентов при подозрении на развитие вирусно-бактериальной пневмонии | Да/Нет |

**10.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при внебольничной пневмонии (коды по МКБ-10: J13, J14, J15, J16, J18, J85.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена кислородотерапия у пациентов с SpO2 < 92% (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Назначена иммунизация вакциной для профилактики пневмококковых инфекций пациентам с высоким риском развития пневмококковых инфекций | Да/Нет |

**10.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при внебольничной пневмонии (коды по МКБ-10: J13, J14, J15, J16, J18, J85.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование альбумина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование хлора в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование прокальцитонина в крови у пациентов при тяжелой пневмонии | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови у | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | пациентов с дыхательной недостаточностью (SpO2 < 92% по данным пульсоксиметрии) | |
| 7. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки высокого разрешения при тяжелой внебольничной пневмонии (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование плевральных полостей пациентам с подозрением на наличие парапневмонического экссудативного плеврита | Да/Нет |
| 10. | Выполнена оценка прогноза по шкале CURB/CRB-65 или PORT | Да/Нет |
| 11. | Выполнена оценка тяжести внебольничной пневмонии по шкале АТО/АОИБ или SMART-COP | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия не позднее 4 часов с момента установления диагноза (1 час - при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена кислородотерапия у пациентов с SpO2 < 92% и PaO2 < 60 мм рт. ст. при дыхании воздухом (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен сбор жалоб и анамнеза | Да/Нет |
| 15. | Выполнен осмотр и физическое обследование | Да/Нет |
| 16. | Выполнено измерение частоты дыхания, измерение артериального давления на периферических артериях, измерение частоты сердечных сокращений, измерение температуры тела | Да/Нет |
| 17. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 18. | Выполнены микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты (по Граму) и микробиологическое (культуральное) исследование мокроты (трахеального аспирата у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких) на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы | Да/Нет |
| 19. | Выполнено бактериологическое (культуральное) исследование крови (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 20. | Выполнены экспресс-тесты на наличие пневмококковой и легионеллезной антигенурии - определение антигенов возбудителя (Streptococcus pneumoniae) и возбудителя легионеллеза (Legionella pneumophila) в моче (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 21. | Выполнены качественное определение РНК вируса гриппа A (Influenza virus A) в мокроте (индуцированной мокроте) методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, качественное определение РНК вируса гриппа B (Influenza virus B) в мокроте (индуцированной мокроте) методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (трахеального аспирата, бронхоальвеолярного лаважа), или качественное определение РНК вируса гриппа A, B (Influenza virus A, B) в мазке слизистой носоглотки методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, качественное определение РНК вируса гриппа A, B (Influenza virus A, B) в мазке слизистой ротоглотки методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка (трахеального аспирата, бронхоальвеолярного лаважа) на вирусы гриппа A и B в период сезонного подъема заболеваемости гриппом в стране или регионе, наличии соответствующих клинических и (или) эпидемиологических данных (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 22. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 23. | Выполнено лечение пероральным антибактериальным лекарственным препаратом системного действия | Да/Нет |
| 24. | Выполнено обоснование выбора антибактериального лекарственного препарата системного действия с учетом стратификации риска возбудителей и профиля антибиотикорезистентности | Да/Нет |
| 25. | Выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии через 48 - 72 часа | Да/Нет |
| 26. | Выполнена оценка соответствия критериям достаточности при отмене антибактериальной терапии | Да/Нет |
| 27. | Выполнено лечение внутривенными антибактериальными лекарственными препаратами системного действия для стартовой терапии (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 28. | Выполнена комбинированная антибактериальная терапия для стартовой терапии (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 29. | Выполнено обоснование выбора антибактериального препарата системного действия с учетом стратификации риска возбудителей и профиля антибиотикорезистентности | Да/Нет |
| 30. | Выполнена оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии через 48 - 72 часа | Да/Нет |
| 31. | Выполнен перевод с парентерального на пероральный прием антибактериального лекарственного препарата системного действия при достижении критериев клинической стабильности | Да/Нет |
| 32. | Выполнена оценка соответствия критериям достаточности при отмене антибактериальной терапии | Да/Нет |
| 33. | Выполнены и поддерживаются целевые значения SpO2 и (или) PaO2 | Да/Нет |
| 34. | Выполнена высокопоточная оксигенотерапия или неинвазивная | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | вентиляция легких при гипоксемии и (или) видимой работе дыхания на фоне стандартной оксигенотерапии (при тяжелой внебольничной пневмонии) | |
| 35. | Выполнен перевод на искусственную вентиляцию легких при наличии соответствующих показаний (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 36. | Выполнена вентиляция в положении "лежа на животе" при гипоксемии и индексе PaO2 или FiO2 менее 150 мм рт. ст. (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 37. | Выполнен контроль положительного давления на выдохе и дыхательного объема с поддержанием целевых показателей при искусственной вентиляции легких (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 38. | Выполнено лечение гидрокортизоном (тяжелая внебольничная пневмония, осложненная септическим шоком < 1 суток, рефрактерном септическом шоке или необходимости использования норэпинефрина в дозе, превышающей 0,5 мкг/кг/мин) | Да/Нет |
| 39. | Выполнено лечение парентеральными антикоагулянтами в профилактической дозе (при тяжелой внебольничной пневмонии) | Да/Нет |
| 40. | Выполнены рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики пневмококковой инфекции (пациенты с высоким риском развития пневмококковых инфекций) | Да/Нет |
| 41. | Выполнены рекомендации по иммунизации вакциной для профилактики гриппа (пациенты с высоким риском осложненного течения гриппа) | Да/Нет |

**10.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при пневмонии (внебольничной) (коды по МКБ-10: J12, J13, J14, J15, J16, J18)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный или прием (консультация) врача-педиатра участкового первичный (с оценкой степени дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный при диагностике | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография легких или рентгенография легких цифровая | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |

**10.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при пневмонии (внебольничной) (коды по МКБ-10: J12; J13, J14; J15; J16; J18)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-педиатра первичный или прием (консультация) врача-педиатра участкового первичный, или прием (консультация) врача-инфекциониста первичный, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный (с оценкой степени дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный при диагностике | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови при сомнении в диагнозе пневмонии или ее типа при диагностике | Да/Нет |
| 4. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография легких или рентгенография легких цифровая (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности проведенного исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации 92% и менее) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при сатурации < 90%) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови при тяжелом течении пневмонии | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование прокальцитонина в крови при тяжелом течении пневмонии | Да/Нет |

**10.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при бронхите (коды по МКБ-10: J20, J40, J41, J42)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография легких или рентгенография легких цифровая, или рентгенография грудной клетки прицельная (при наличии подозрений на пневмонию: при наличии признаков дыхательной недостаточности и (или) лихорадке без очага инфекции (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции и (или) признаков тяжести состояния), и (или) наличии локальных и (или) асимметричных аускультативных и перкуторных изменений в легких | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-пульмонолога первичный или прием (консультация) врача-педиатра первичный, или прием (консультация) врача-педиатра участкового первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Назначено лечение селективными β2-адреномиметиками или адренергическими средствами в комбинации с антихолинергическими или антихолинергическими средствами или другими средствами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения и препаратами группы глюкокортикоиды (при наличии бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 5. | Выполнена спирометрия с пробой с бронхолитиком | Да/Нет |

**10.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при бронхите (коды по МКБ-10: J20, J40, J41, J42)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография легких или рентгенография легких цифровая, или рентгенография грудной клетки прицельная (при наличии подозрений на пневмонию: при наличии признаков дыхательной недостаточности и (или) лихорадке без очага инфекции (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции и (или) признаков тяжести состояния), и (или) наличии локальных и (или) асимметричных аускультативных и перкуторных изменений в легких | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия пациентам с клиническими признаками дыхательной недостаточности с целью контроля сатурации | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (при температуре тела более 38,0 градусов Цельсия) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение селективными В2-адреномиметиками или адренергическими средствами в комбинации с антихолинергическими или антихолинергическими средствами или другими средствами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения и препаратами группы глюкокортикоиды (при наличии бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при повышении температуры тела выше 38,0 градусов Цельсия более 3 календарных дней, подозрении на осложнения) | Да/Нет |

**10.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхиолите (коды по МКБ-10: J21.0, J21.1, J21.8, J21.9, B97.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия и (или) суточное прикроватное | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | мониторирование жизненных функций и параметров (измерение артериального давления, исследование пульса, измерение частоты дыхания, исследование кислорода крови) | |
| 2. | Выполнена оксигенотерапия до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92% и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при подозрении на пневмонию | Да/Нет |

**10.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аллергическом рините (коды по МКБ-10: J30.1, J30.2, J30.3, J30.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - аллерголога-иммунолога первичный и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены накожные исследования реакции на аллергены и (или) исследование антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови (определение аллерген-специфических IgE антител - при наличии медицинских противопоказаний к кожному тестированию или его сомнительных результатах) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена терапия антигистаминными средствами системного действия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена терапия антигистаминными средствами для местного применения и (или) глюкокортикостероидами (назального применения), и (или) антагонистами лейкотриеновых рецепторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.21. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым и детям при аллергическом рините (коды по МКБ-10: J30.1, J30.2, J30.3, J30.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - аллерголога-иммунолога первичный и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены накожные исследования реакции на аллергены и (или) исследование антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови (определение аллерген-специфических IgE антител - при наличии противопоказаний к кожному тестированию или его сомнительных результатах) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена терапия антигистаминными средствами системного действия | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена терапия антигистаминными средствами для местного применения и (или) глюкокортикостероидами (назального применения), и (или) антагонистами лейкотриеновых рецепторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при хроническом тонзиллите (коды по МКБ-10: J31.2, J35.0, J35.8, J35.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |

**10.23. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом тонзиллите (коды по МКБ-10: J31.2, J35.0, J35.8, J35.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-оториноларингологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнена двусторонняя тонзиллэктомия | Да/Нет |
| 3. | Выполнено инструментальное обследование - осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал, фарингоскопия, эпифарингоскопия всем детям и взрослым для выявления признаков хронического тонзиллита | Да/Нет |
| 4. | Выполнена фарингоскопия детям и взрослым для исключения фарингоскопических признаков острого тонзиллита и выявления местных признаков хронического тонзиллита | Да/Нет |
| 5. | Выполнено общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) анализ мочи, исследование С-реактивного белка в крови, определение ревматоидного фактора в крови, определение антистрептолизина-О в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование на бета-гемолитический стрептококк группы А с небных миндалин либо иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из небных миндалин на бета-гемолитический стрептококк группы А | Да/Нет |
| 7. | Выполнена терапия системными антибактериальными лекарственными препаратами в период обострения хронического тонзиллита, при выделении S. pyogenes или клинических признаках развития тонзиллогенных осложнений | Да/Нет |

**10.24. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин (коды по МКБ-10: J31.1, J35.1, J35.2, J35.3, J35.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография носоглотки (в боковой проекции) и (или) эндоскопическая эндоназальная ревизия (диагностическая эндоскопия) полости носа, носоглотки (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**10.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин (коды по МКБ-10: J31.1, J35.1, J35.2, J35.3, J35.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-оториноларингологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнена аденоидэктомия или аденоидэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий и (или) тонзиллотомия или тонзилэктомия | Да/Нет |

**10.26. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при паратонзиллярном абсцессе (коды по МКБ-10: J36, J39.0, J39.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при паратонзиллярном абсцессе (коды по МКБ-10: J36, J39.0, J39.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |
| 4. | Выполнена фарингоскопия врачом-оториноларингологом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнена фарингоскопия для проведения дифференциального диагноза с различными острыми состояниями, характеризующимися поражением слизистой оболочки глотки и полости рта | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) анализ мочи, исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого, полученного после хирургического вскрытия абсцесса | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия | Да/Нет |

**10.28. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом бронхите (коды по МКБ-10: J40 - J42)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования), при обострении | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение муколитическими лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение бронходилататорами короткого действия (селективные бета2-адреномиметики и (или) антихолинергические средства) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Назначена вакцинация против гриппа | Да/Нет |
| 7. | Назначена вакцинация против пневмококковой инфекции | Да/Нет |
| 8. | Назначена программа по отказу от курения курящим пациентам | Да/Нет |

**10.29. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом бронхите (коды по МКБ-10: J40 - J42)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования), при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | обострении | |
| 3. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.30. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при эмфиземе легких (код по МКБ-10: J43)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оксигенотерапия (при $SaO_2$ менее 88%, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.31. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмфиземе легких (код по МКБ-10: J43)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при $SaO_2 \leq 92\%$ по данным пульсоксиметрии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оксигенотерапия (при $SaO_2$ менее 88%, при отсутствии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских противопоказаний) | |

**10.32. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (коды по МКБ-10: J44, J44.1, J44.8, J44.9, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при обострении) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение программы по отказу от курения | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение селективными бета2-адреномиметиками и (или) антихолинергическими средствами короткого действия для использования по потребности (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение бронходилататорами длительного действия (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей или их комбинации: селективные бета 2-адреномиметики или антихолинергические средства, или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами, или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами и ингаляционными глюкокортикостероидами) для базисной терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен диспансерный прием врача-пульмонолога, или диспансерный прием врача-терапевта, или диспансерный прием врача общей практики (семейного врача) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение вакцинации против гриппа | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение фиксированной комбинацией селективного бета2-адреномиметика, антихолинергического средства и ингаляционного глюкокортикостероида для базисной терапии при наличии высокого риска обострений хронической обструктивной болезни легких (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.33. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при**

**хронической обструктивной болезни легких (коды по МКБ-10: J44, J44.1, J44.8, J44.9, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при обострении) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при SaO2 $\leq$ 92% по данным пульсоксиметрии) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение бронходилататорами длительного действия (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей или их комбинации: селективные бета2-адреномиметики или антихолинергические средства, или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами, или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами и ингаляционными глюкокортикостероидами) для базисной терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оксигенотерапия при обострении хронической обструктивной болезни легких и SpO2 $\leq$ 92% (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено введение бронходилататоров короткого действия (селективные бета2-адреномиметики и (или) антихолинергические средства) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено введение системных и (или) ингаляционных глюкокортикостероидов (при обострении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение антибактериальных лекарственных препаратов (при обострении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 13. | Выполнено лечение фиксированной комбинацией селективного бета2-адреномиметика, антихолинергического средства и ингаляционного глюкокортикостероида для базисной терапии при наличии высокого риска обострений хронической обструктивной болезни легких (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.34. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при бронхиальной астме (коды по МКБ-10: J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5, J45)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) не реже 1 раза в 6 месяцев | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия (при обострении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка уровня контроля над симптомами астмы с использованием специализированных опросников (тест по контролю над астмой, опросник по контролю симптомов астмы) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами групп: комбинированные бронходилатирующие средства (бета2-адреномиметики селективные и глюкокортикостероиды местные) или ингаляционные глюкокортикостероиды, и (или) антагонисты лейкотриеновых рецепторов, или фиксированные тройные комбинации (бета2-адреномиметик селективный, глюкокортикостероид местный, антихолинергическое средство) - для базисной (регулярной) терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение лекарственными препаратами групп: комбинированные бронходилатирующие средства (бета2-адреномиметики селективные и глюкокортикостероиды местные) или ингаляционные бета2-адреномиметики селективные совместно с глюкокортикостероидами местными - для купирования симптомов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лекарственными препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (селективные бета2-адреномиметики или сочетание селективных бета2-адреномиметиков с антихолинергическими средствами) при обострении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнено лечение глюкокортикостероидами ингаляционными при обострении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена оксигенотерапия (при сатурации менее 90%, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен диспансерный прием врача-пульмонолога или диспансерный прием врача-терапевта, или диспансерный прием врача общей практики (семейного врача), или диспансерный прием врача-педиатра | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение генно-инженерных биологических препаратов из фармакологических групп "Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей" или "Препараты для лечения дерматита, кроме кортикостероидов" для лечения тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.35. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при бронхиальной астме (коды по МКБ-10: J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46, Z57.2, Z57.3, Z57.4, Z57.5, J45)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков и исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия (при обострении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка уровня контроля над симптомами астмы с использованием специализированных опросников (тест по контролю над астмой, опросник по контролю симптомов астмы) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография грудной клетки (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение лекарственных препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (селективные бета2-адреномиметики или сочетание селективных бета2-адреномиметиков с антихолинергическими средствами) при обострении, (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение глюкокортикостероидов ингаляционных и (или) кортикостероидов системного действия при обострении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнена оксигенотерапия (при сатурации менее 90%, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение генно-инженерных биологических препаратов из фармакологических групп "Прочие средства системного действия для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей" или "Препараты для лечения дерматита, кроме кортикостероидов" для лечения тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.36. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гиперчувствительном пневмоните (коды по МКБ-10: J67, J84.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение системными кортикостероидами (пациентам с острым гиперчувствительным пневмонитом и нефибротическим хроническим гиперчувствительным пневмонитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антифибротическими лекарственными препаратами (пациентам с прогрессирующим фибротическим гиперчувствительным пневмонитом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.37. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гиперчувствительном пневмоните (коды по МКБ-10: J67, J84.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение системными кортикостероидами (пациентам с острым гиперчувствительным пневмонитом и нефибротическим хроническим гиперчувствительным пневмонитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антифибротическими лекарственными препаратами (пациентам с прогрессирующим фибротическим гиперчувствительным пневмонитом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.38. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при идиопатическом легочном фиброзе (код по МКБ-10: J84.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови при установлении диагноза | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование ревматоидного фактора в крови при установлении диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление на исследования уровня антинуклеарных антител, антител к циклическому цитрулиновому пептиду, в крови при установке диагноза | Да/Нет |
| 7. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 9. | Выполнена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение антифибротическими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | противопоказаний) | |

**10.39. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при идиопатическом легочном фиброзе (код по МКБ-10: J84.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки при установлении диагноза (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови при установлении диагноза | |
| 4. | Выполнено исследование ревматоидного фактора в крови при установлении диагноза | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление на исследования уровня антинуклеарных антител, антител к циклическому цитрулиновому пептиду, в крови при установке диагноза | Да/Нет |
| 6. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (при отсутствии медицинских противопоказаний) не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 8. | Выполнена кислородотерапия (при SpO2 менее 88% в покое при дыхании комнатным воздухом) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение антифибротическими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.40. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при вирусных пневмониях (коды по МКБ-10: J12, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий осмотр с проведением пульсоксиметрии | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный и общий (клинический) анализ мочи, и исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнены молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на наличие нуклеиновых кислот и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование на наличие антигенов возбудителей острой респираторной вирусной инфекции, гриппа и SARS-Cov-2 (не позднее 2 суток от начала заболевания) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнены рентгенография грудной клетки и (или) компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение противовирусными препаратами | Да/Нет |
| 6. | Назначено патогенетическое и симптоматическое лечение | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при вирусных пневмониях (коды по МКБ-10: J12, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий осмотр с проведением пульсоксиметрии | Да/Нет |
| 2. | Выполнены анализ крови биохимический общетерапевтический и базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), и исследование концентрации D-димера в крови, и исследование концентрации фибриногена в крови, и исследование прокальцитонина в крови, и исследование тропонина в крови, и исследование ферритина в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на наличие нуклеиновых кислот и (или) иммунохроматографическое экспресс-исследование на наличие антигенов возбудителей острых респираторных вирусных инфекций, гриппа и SARS-Cov-2 (не позднее 2 суток от начала заболевания) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены рентгенография грудной клетки и (или) компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом (пациентам с частотой дыхания > 25 в 1 минуту, SpO2 < 92%) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение противовирусными препаратами | Да/Нет |
| 8. | Выполнено патогенетическое и симптоматическое лечение | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена оксигенотерапия (при сатурации менее 92%) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено достижение нормализации температуры тела, купирования дыхательных расстройств и органной дисфункции (критерии выписки из стационара) | Да/Нет |

**10.42. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при остром ларингите (коды по МКБ-10: J04.0, J04.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение противовоспалительными и (или) жаропонижающими лекарственными препаратами (при фебрильной лихорадке) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в случаях сохраняющихся симптомов более 10 календарных дней или при осложнениях) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром ларингите (коды по МКБ-10: J04.0, J04.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено проведение ларингоскопии (взрослым и детям старше 12 лет) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение противовоспалительными и (или) жаропонижающими лекарственными препаратами (при фебрильной лихорадке) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в случаях сохраняющихся симптомов более 10 календарных дней или при осложнениях) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена консервативная дестенозирующая противовоспалительная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.44. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при полипозном риносинусите (коды по МКБ-10: J33.0, J33.1, J33.8, J33.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии придаточных пазух носа, гортани) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение кортикостероидами в форме назальных спреев (пациентам с ограниченным полипозным риносинуситом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.45. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипозном риносинусите (коды по МКБ-10: J33.0, J33.1, J33.8, J33.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томографии придаточных пазух носа, гортани (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение компьютерной томографии придаточных пазух носа, гортани) | Да/Нет |

**10.46. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром бронхите (код по МКБ-10: J20)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена прицельная рентгенография легких при подозрении на пневмонию (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение селективными бета2-адреномиметиками (пациентам с длительным кашлем и (или) признаками бронхиальной гиперреактивности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.47. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром бронхите (код по МКБ-10: J20)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена прицельная рентгенография легких при подозрении на пневмонию (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности предыдущего исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение селективными бета2-адреномиметиками (пациентам с длительным кашлем и (или) признаками бронхиальной гиперреактивности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**10.48. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации легкого (легких), трансплантации легочно-сердечного комплекса, наличии трансплантированного легкого, наличии трансплантированного легочно-сердечного комплекса, отмирании и отторжении трансплантата легкого, отмирании и отторжении легочно-сердечного трансплантата (коды по МКБ-10: J43.9, J44.9, J47, J84, J98, J98.4, J99.1*, E84.0, E84.9, I27.0, I27.8, I27.9, I28, Z94.2, Z94.3, T86.3, T86.8) (претендентам на трансплантацию легких или легочно-сердечного комплекса)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование железосвязывающей способности сыворотки, исследование С-реактивного белка в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование общего магния в крови, определение активности панкреатической амилазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение показателей функции внешнего дыхания | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием | Да/Нет |
| 7. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 8. | Выполнена компьютерная томография головного мозга | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | внутривенным контрастированием | |

**10.49. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации легкого (легких), трансплантации легочно-сердечного комплекса, наличии трансплантированного легкого, наличии трансплантированного легочно-сердечного комплекса, отмирании и отторжении трансплантата легкого, отмирании и отторжении легочно-сердечного трансплантата (коды по МКБ-10: J43.9, J44.9, J47, J84, J98, J98.4, J99.1*, E84.0, E84.9, I27.0, I27.8, I27.9, I28, Z94.2, Z94.3, T86.3, T86.8) (реципиентам трансплантированного легкого (легких) и легочно-сердечного комплекса)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование железосвязывающей способности сыворотки, исследование С-реактивного белка в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование общего магния в крови, определение активности панкреатической амилазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен лабораторный контроль за терапией иммуносупрессантами в раннем послеоперационном периоде для достижения целевой концентрации и коррекции дозы препарата | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 8. | Выполнена видеотрахеобронхоскопия | Да/Нет |

**10.50. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации легкого (легких), трансплантации легочно-сердечного комплекса, наличии трансплантированного легкого, наличии трансплантированного легочно-сердечного комплекса, отмирании и отторжении трансплантата легкого, отмирании и отторжении легочно-сердечного трансплантата (коды по МКБ-10: J43.9, J44.9, J47, J84, J98, J98.4, J99.1*, E84.0, E84.9, I27.0, I27.8, I27.9, I28, Z94.2, Z94.3, T86.3, T86.8) (реципиентам трансплантированного легкого (легких) и легочно-сердечного комплекса с клинической картиной дисфункции трансплантированных органов)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование железосвязывающей способности сыворотки, исследование С-реактивного белка в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование общего магния в крови, определение активности панкреатической амилазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 6. | Выполнена видеотрахеобронхоскопия | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение показателей функции внешнего дыхания | Да/Нет |

**10.51. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации легкого (легких), трансплантации легочно-сердечного комплекса, наличии трансплантированного легкого, наличии трансплантированного легочно-сердечного комплекса, отмирании и отторжении трансплантата легкого, отмирании и отторжении легочно-сердечного трансплантата (коды по МКБ-10: J43.9, J44.9, J47, J84, J98, J98.4, J99.1*, E84.0, E84.9, I27.0, I27.8, I27.9, I28, Z94.2, Z94.3, T86.3, T86.8) (реципиентам трансплантированного легкого (легких) и легочно-сердечного комплекса при динамическом наблюдении в отдаленные сроки после трансплантации легких)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование железосвязывающей способности сыворотки, исследование С-реактивного белка в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование общего магния в крови, определение активности панкреатической амилазы в крови, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови | |
| 2. | Выполнено молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus) с целью своевременной диагностики и динамического контроля цитомегаловирусной инфекции | Да/Нет |
| 3. | Выполнен лабораторный контроль за терапией иммуносупрессантами в раннем послеоперационном периоде для достижения целевой концентрации и коррекции дозы препарата | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 7. | Выполнена видеотрахеобронхоскопия | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение показателей функции внешнего дыхания | Да/Нет |

## 11. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ БОЛЕЗНЕЙ ПОЛОСТИ РТА, СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЧЕЛЮСТЕЙ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ)

### 11.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при кистах челюстно-лицевой области и шеи (коды по МКБ-10: D21.0, K04.8, K09, K09.0, K09.2, K09.8, K11.6, L72.0, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.8)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены наружный осмотр лица и шеи, полости рта, поверхностная и глубокая пальпация регионарных лимфоузлов | Да/Нет |
| 2. | Выполнены прицельная внутриротовая контактная рентгенография, и (или) панорамная рентгенография нижней челюсти, и (или) ортопантомография, и (или) рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, и (или) компьютерная томография челюстно-лицевой области, и (или) компьютерная томография мягких тканей (в зависимости от локализации кисты) (при отсутствии выполнения исследования на предыдущем этапе или неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пункция мягких тканей с цитологическим исследованием микропрепарата пунктатов опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей (в зависимости от локализации кисты, при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено пломбирование корневого канала зуба и резекция верхушки корня зуба или удаление зуба, вызвавшего развитие корневой кисты, фолликулярной или кератокисты | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (по поводу кисты) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при кистах челюстно-лицевой области и шеи (коды по МКБ-10: D21.0, K04.8, K09, K09.0, K09.2, K09.8, K11.6, L72.0, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены наружный осмотр лица и шеи, полости рта, поверхностная и глубокая пальпацию регионарных лимфоузлов | Да/Нет |
| 2. | Выполнены прицельная внутриротовая контактная рентгенография, и (или) панорамная рентгенография нижней челюсти, и (или) ортопантомография, и (или) рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, и (или) компьютерная томография челюстно-лицевой области, и (или) компьютерная томография мягких тканей (в зависимости от локализации кисты) (при отсутствии выполнения исследования на предыдущем этапе или неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пункция мягких тканей с цитологическим исследованием микропрепарата пунктатов опухолей, опухолеподобных образований мягких тканей (в зависимости от локализации кисты, при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено пломбирование корневого канала зуба и резекция верхушки корня зуба или удаление зуба, вызвавшего развитие корневой кисты, фолликулярной или кератокисты | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (по поводу кисты) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-челюстно-лицевым хирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при язвенной болезни (коды по МКБ-10: K25, K26, K27.0, K27.4, K28.0, K28.4, K31.1, K31.2, K31.6, K31.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование гастрина в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни при невозможности выполнения эндоскопического исследования | Да/Нет |
| 5. | Выполнена множественная биопсия и прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала при локализации язвы в желудке | Да/Нет |
| 6. | Выполнено тестирование на наличие инфекции хеликобактер пилори (H. pylori) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение антисекреторной терапии | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение эрадикационной терапии при положительном результате тестирования на инфекцию хеликобактер пилори (H. pylori) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование кала на скрытую кровь качественное всем пациентам с язвенной болезнью с целью исключения скрытых язвенных кровотечений | Да/Нет |
| 10. | Назначено лечение блокаторами Н2-гистаминовых рецепторов в течение 4 - 6 недель пациентам с обострением язвенной болезни с целью достижения заживления язв при неэффективности ингибиторов протонного насоса или наличии противопоказаний к их применению | Да/Нет |
| 11. | Назначено лечение ребамипидом пациентам с обострением язвенной болезни с целью ускорения сроков заживления язв и улучшения качества образующегося рубца | Да/Нет |

**11.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенной болезни (коды по МКБ-10: K25, K26, K27.0, K27.4, K28.0, K28.4, K31.1, K31.2, K31.6, K31.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование гастрина в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена обзорная рентгенография брюшной полости при перфорации язвы желудка и (или) 12-перстной кишки | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости (при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | негативном результате обзорной рентгенографии брюшной полости) при перфорации язвы желудка и (или) 12-перстной кишки | |
| 6. | Выполнена рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни при невозможности выполнения эндоскопического исследования | Да/Нет |
| 7. | Выполнена множественная биопсия и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала при локализации язвы в желудке | Да/Нет |
| 8. | Выполнено тестирование на наличие инфекции хеликобактер пилори (H. pylori) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена антисекреторная терапия | Да/Нет |
| 10. | Выполнена эрадикационная терапия при положительном результате тестирования на инфекцию хеликобактер пилори (H. pylori) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена инфузионно-трансфузионная терапия при язвенном гастродуоденальном кровотечении | Да/Нет |
| 12. | Выполнены остановка язвенного кровотечения и (или) профилактика его рецидива с использованием методов эндоскопического и (или) медикаментозного гемостаза | Да/Нет |
| 13. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами системного действия перед хирургическим лечением (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено эндоваскулярное или хирургическое лечение в экстренной форме при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза | Да/Нет |
| 15. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при перфорации язвы желудка и (или) двенадцатиперстной кишки | Да/Нет |
| 16. | Выполнено исследование кала на скрытую кровь качественное всем пациентам с язвенной болезнью с целью исключения скрытых язвенных кровотечений | Да/Нет |
| 17. | Выполнено лечение блокаторами H2-гистаминовых рецепторов в течение 4 - 6 недель пациентам с обострением язвенной болезнью с целью достижения заживления язв при неэффективности ингибиторов протонного насоса или наличии противопоказаний к их применению | Да/Нет |
| 18. | Выполнено лечение ребамипидом пациентам с обострением язвенной болезни с целью ускорения сроков заживления язв и улучшения качества образующегося рубца | Да/Нет |

**11.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при язвенной болезни желудка и (или) двенадцатиперстной кишки (коды по МКБ-10: K25, K26)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено назначение эзофагогастродуоденоскопии | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение 13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (H. pylori) или определение антигена хеликобактера пилори (H. pylori) в кале, или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на хеликобактер пилори (H. pylori), или прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Назначена эрадикационная терапия при выявлении хеликобактер пилори (H. pylori) (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение ингибиторами протонного насоса (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый всем пациентам с язвенной болезнью с целью комплексной диагностики анемии | Да/Нет |

**11.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и (или) двенадцатиперстной кишки (коды по МКБ-10: K25, K26)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности данных исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен 13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (H. pylori) или определение антигена хеликобактера пилори (H. pylori) в кале, или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на хеликобактер пилори (H. pylori), или прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала желудка (при установлении диагноза, при отсутствии выполнения на предыдущем этапе или неинформативности данных исследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эрадикационная терапия при выявлении хеликобактер пилори (H. pylori) (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение ингибиторами протонного насоса (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый всем пациентам с язвенной болезнью с целью комплексной диагностики анемии | Да/Нет |

**11.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гастрите и дуодените (коды по МКБ-10: K29, K31.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биопсия (с последующим прижизненным патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала желудка, в том числе с проведением гистохимических и иммуногистохимических методов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен 13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (H. pylori), или определение антигена хеликобактера пилори (H. pylori) в кале, или при проведении эзофагогастродуоденоскопии быстрый уреазный тест с выполнением биопсии антрального отдела желудка и тела желудка, или определение ДНК хеликобактер пилори (H. pylori) в биоптатах (при первичной диагностике) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены дыхательный тест с мочевиной, меченной 13С (13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (H. pylori), или определение антигена хеликобактера пилори (H. pylori) в кале лабораторным способом (не ранее, чем через 4 недели после окончания курса антигеликобактерной терапии либо после окончания лечения антисекреторными средствами (ингибиторами протонного насоса) или висмутом трикалия дицитрата) (для контроля эффективности проведенной эрадикационной терапии хеликобактера пилори (H. pylori) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение (эрадикация инфекции хеликобактера пилори (H. pylori) с соблюдением рекомендаций по выбору схемы эрадикационной терапии) (пациентам с положительными результатами тестирования на инфекцию хеликобактер пилори (H. pylori) с гастритом при атрофическом гастрите) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам с выраженной атрофией и (или) кишечной метаплазией в теле и в антральном отделе желудка - OLGA/OLGIM III/IV, а также пациентам с кишечной метаплазией, ограниченной одной анатомической областью, при наличии отягощенного по раку желудка семейного анамнеза, неполной кишечной метаплазии, персистенции инфекции хеликобактера пилори (H. pylori) (1 раз в 3 года) | Да/Нет |

**11.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гастрите и дуодените (коды по МКБ-10: K29, K31.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биопсия (с последующим прижизненным патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала желудка, в том числе с проведением гистохимических и иммуногистохимических методов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен 13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (H. | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | pylori), или выполнено определение антигена хеликобактера пилори (H. pylori) в кале, или при проведении эзофагогастродуоденоскопии выполнен быстрый уреазный тест с выполнением биопсии антрального отдела желудка и тела желудка, или выполнено определение ДНК хеликобактер пилори (H. pylori) в биоптатах (при первичной диагностике) | |
| 4. | Выполнены дыхательный тест с мочевиной, меченной 13С (13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (H. pylori), или определение антигена хеликобактера пилори (H. pylori) в кале лабораторным способом (не ранее, чем через 4 недели после окончания курса антигеликобактерной терапии либо после окончания лечения антисекреторными средствами (ингибиторами протонного насоса) или висмутом трикалия дицитрата) (для контроля эффективности проведенной эрадикационной терапии хеликобактера пилори (H. pylori) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение (эрадикация инфекции хеликобактера пилори (H. pylori) с соблюдением рекомендаций по выбору схемы эрадикационной терапии) (пациентам с положительными результатами тестирования на инфекцию хеликобактер пилори (H. pylori) с гастритом при атрофическом гастрите) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам с выраженной атрофией и (или) кишечной метаплазией в теле и в антральном отделе желудка - OLGA/OLGIM III/IV, а также пациентам с кишечной метаплазией, ограниченной одной анатомической областью, при наличии отягощенного по раку желудка семейного анамнеза, неполной кишечной метаплазии, персистенции инфекции хеликобактера пилори (H. pylori)) (1 раз в 3 года) | Да/Нет |

**11.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром аппендиците (коды по МКБ-10: K35.0, K35.1, K35.9, K36, K37, K38.0, K38.1, K38.2, K38.3, K38.8, K38.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |

**11.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром аппендиците (коды по МКБ-10: K35.0, K35.1, K35.9, K36, K37, K38.0, K38.1, K38.2, K38.3, K38.8, K38.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена консервативная терапия при диагностировании аппендикулярного инфильтрата | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибиотиками широкого спектра действия (пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз: комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз) в пределах 60 минут до хирургического лечения (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной или неотложной форме в зависимости от типа острого аппендицита | Да/Нет |
| 7. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (препарата червеобразного отростка) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости при подозрении на осложнение в послеоперационном периоде | Да/Нет |

**11.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при паховой и бедренной грыже (коды по МКБ-10: К40.0, К40.1, К40.2, К40.3, К40.4, К40.9, К41.0, К41.1, К41.2, К41.3, К41.4, К41.9)**

| N п/ | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) или компьютерная томография органов брюшной полости, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости | Да/Нет |

**11.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при паховой и бедренной грыже (коды по МКБ-10: К40.0, К40.1, К40.2, К40.3, К40.4, К40.9, К41.0, К41.1, К41.2, К41.3, К41.4, К41.9)**

| N п/ | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) или компьютерная томография органов брюшной полости, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена антибиотикопрофилактика перед операцией по поводу паховой или бедренной грыжи при наличии факторов риска развития раневой инфекции у пациентов | Да/Нет |
| 4. | Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений с учетом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | факторов риска у пациента с паховой или бедренной грыжей | |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение пахово-бедренной грыжи (аутопластическим способом) или хирургическое лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов (открытым способом), или хирургическое лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий в плановой форме у пациента с паховой или бедренной грыжей | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при ущемлении паховой или бедренной грыжи | Да/Нет |

**11.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при послеоперационной вентральной грыже (коды по МКБ-10: K43.0, K43.1, K43.2, K43.3, K43.5)**

| N п/ | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний перед операцией | Да/Нет |

**11.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеоперационной вентральной грыже (коды по МКБ-10: K43.0, K43.1, K43.2, K43.3, K43.5)**

| N п/ | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнена консультация профильного врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний перед операцией | Да/Нет |
| 5. | Выполнена антибиотикопрофилактика цефалоспоринами первыми или второго поколения, или амоксициллин + [клавулановая кислота] в стандартных дозировках, или ванкомицином (при доказанном риске MRSA) перед операцией | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений с учетом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | факторов риска перед операцией | |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение с использованием сетчатых эндопротезов или хирургическое лечение с использованием видеоэндоскопических технологий, или аутопластика в плановой форме | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при ущемлении грыжи | Да/Нет |

**11.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ангиодисплазии кишечника (коды по МКБ-10: К55.2, К55.3, К55.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена колоноскопия | Да/Нет |
| 2. | Выполнены магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ангиодисплазии кишечника (коды по МКБ-10: К55.2, К55.3, К55.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена колоноскопия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (с ангиографией) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение (при выявлении источников кровотечения и неэффективности консервативного лечения) | Да/Нет |

**11.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой неопухолевой кишечной непроходимости (коды по МКБ-10: К31.5, К56.0, К56.1, К56.2, К56.3, К56.4, К56.5, К56.6, К56.7, К45, К46)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнен клинический и лабораторный контроль при длительном | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | неоперативном лечении кишечной непроходимости | |
| 4. | Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнена установка назогастрального зонда | Да/Нет |
| 7. | Выполнена инфузионная терапия | Да/Нет |
| 8. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами системного действия до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при странгуляционной форме острой кишечной непроходимости и перитоните | Да/Нет |
| 10. | Выполнено хирургическое лечение в неотложной форме при обтурационной форме острой кишечной непроходимости, при отсутствии эффекта от консервативной терапии | Да/Нет |

**11.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дивертикулярной болезни (коды по МКБ-10: K57.0, K57.1, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8, K57.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при острых осложнениях дивертикулярной болезни) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование толстой кишки и (или) компьютерная томография толстой кишки (при острых осложнениях дивертикулярной болезни) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия и (или) кишечными противомикробными лекарственными препаратами, и (или) лекарственными препаратами для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (при остром дивертикулите, при остром паракишечном инфильтрате, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена консервативная терапия при остром дивертикулите, остром паракишечном инфильтрате, периколической флегмоне, периколическом абсцессе 3 см и менее | Да/Нет |

**11.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дивертикулярной болезни (коды по МКБ-10: K57.0, K57.1, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, K57.8, K57.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при острых осложнениях дивертикулярной болезни) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование толстой кишки и (или) компьютерная томография области таза с внутривенным контрастированием (при острых осложнениях дивертикулярной болезни) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена колоноскопия (при толстокишечном кровотечении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия и (или) кишечными противомикробными лекарственными препаратами, и (или) лекарственными препаратами для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (при остром дивертикулите, при остром паракишечном инфильтрате, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена консервативная терапия при остром дивертикулите, остром паракишечном инфильтрате, периколической флегмоне, периколическом абсцессе 3 см и менее | Да/Нет |

**11.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при запоре (код по МКБ-10: К59.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена колоноскопия (пациентам старше 50 лет или при наличии "симптомов тревоги" или при наличии отягощенной наследственности по колоректальному раку) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение мероприятий по изменению образа жизни (включая диетические рекомендации) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение растительными волокнами или псиллиумом (при недостаточной эффективности мер по изменению образа жизни или диетических рекомендаций) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение макроголом или прукалопридом (на 4 - 6 недель при сохранении симптомов запора) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление в центр колопроктологии (пациента с рефрактерным запором) для определения времени транзита по кишечнику, проведения теста изгнания баллона, аноректальной манометрии | Да/Нет |

**11.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при**

**запоре (код по МКБ-10: К59.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена колоноскопия (пациентам старше 50 лет или при наличии "симптомов тревоги" или при наличии отягощенной наследственности по колоректальному раку) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение мероприятий по изменению образа жизни (включая диетические рекомендации) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение растительными волокнами или псиллиумом (при недостаточной эффективности мер по изменению образа жизни или диетических рекомендаций) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение макроголом или прукалопридом (на 4 - 6 недель при сохранении симптомов запора) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление в центр колопроктологии (пациента с рефрактерным запором) для определения времени транзита по кишечнику, проведения теста изгнания баллона, аноректальной манометрии | Да/Нет |

**11.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при идиопатическом мегаколоне (код по МКБ-10: К59.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнена ирригоскопия (при отсутствии признаков острой кишечной непроходимости) (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**11.23. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при идиопатическом мегаколоне (код по МКБ-10: К59.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена ирригоскопия (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и (или) при неинформативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена колоноскопия (с попыткой эндоскопической деторсии) (при завороте мегаколона и отсутствии признаков перфорации и нарушений кровоснабжения кишки) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение (при завороте мегаколона с признаками перфорации и нарушениями кровоснабжения кишки или неэффективности эндоскопической деторсии заворота) | Да/Нет |

**11.24. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при анальной трещине (коды по МКБ-10: К60.0, К60.1, К60.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение производными пропионовой кислоты и (или) лекарственными препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин (при обострении анальной трещины) | Да/Нет |
| 3. | Назначено потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон (для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров и (или) диареи) и (или) слабительных средств (в случаях, если не удалось нормализовать стул при помощи диеты) | Да/Нет |

**11.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при анальной трещине (коды по МКБ-10: K60.0, K60.1, K60.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки и (или) профилометрия (пациентам с анальной трещиной при отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное и (или) колоноскопия (пациентам с анальной трещиной при отсутствии признаков спазма внутреннего сфинктера прямой кишки и подозрении на наличие эрозивно-язвенных поражений анального канала специфической этиологии, а также на развитие осложнений) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение (при неэффективности консервативной терапии состояния запирательного аппарата прямой кишки, при наличии спазма внутреннего сфинктера и (или) фиброзных изменений анального канала) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение производными пропионовой кислоты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.26. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при свище заднего прохода и прямой кишки (коды по МКБ-10: K60.3, K60.4, K60.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнены магнитно-резонансная томография малого таза и (или) ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное (при подозрении на экстрасфинктерный свищ и наличие гнойных затеков) | |
| 3. | Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки (при наличии явлений анального недержания) | |

**11.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при свище заднего прохода и прямой кишки (коды по МКБ-10: К60.3, К60.4, К60.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |

**11.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром парапроктите (код по МКБ-10: К61, К61.0, К61.1, К61.2, К61.3, К61.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнено вскрытие острого гнойного парапроктита | Да/Нет |
| 3. | Выполнены вскрытие и дренирование острого парапроктита (при нейтропении и подтвержденном абсцессе или некрозе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены перевязки в послеоперационном периоде не менее 1 раза в день до выписки из стационара (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |

**11.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при полипе анального канала (код по МКБ-10: К62.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены аноскопия, и (или) ректороманоскопия, и (или) колоноскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено удаление полипа анального канала | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала прямой кишки | Да/Нет |

**11.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипе анального канала (код по МКБ-10: К62.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнена аноскопия, и (или) ректороманоскопия, и (или) колоноскопия (при установлении диагноза) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено иссечение новообразований перианальной области и анального канала и (или) иссечение гипертрофированных анальных сосочков | Да/Нет |
| 4. | Выполнено удаление полипа анального канала | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала прямой кишки | Да/Нет |

**11.31. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при выпадении прямой кишки (коды по МКБ-10: К62.2, К62.3, К63.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена ректороманоскопия | Да/Нет |

**11.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при выпадении прямой кишки (коды по МКБ-10: К62.2, К62.3, К63.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнена ректороманоскопия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена проктография (дефекография) и (или) исследование эвакуаторной функции прямой кишки (дефекофлоуметрия) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки (при явлениях анального недержания) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое вмешательство, направленное на ликвидацию наружного и/или внутреннего выпадения прямой кишки и/или выпадения анального канала | Да/Нет |

**11.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недостаточности анального сфинктера (коды по МКБ-10: K62.8, R15)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное (при органической недостаточности анального сфинктера) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки | Да/Нет |
| 4. | Выполнено консервативное лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое вмешательство по медицинским показаниям | Да/Нет |

**11.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недостаточности анального сфинктера (коды по МКБ-10: K62.8, R15)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное (при органической недостаточности анального сфинктера) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование функций сфинктерного (запирательного) аппарата прямой кишки | Да/Нет |
| 4. | Выполнено консервативное лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое вмешательство по медицинским показаниям | Да/Нет |

**11.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при геморрое (код по МКБ-10: K64)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена ректороманоскопия или аноскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Назначено лечение лекарственными препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин и (или) гепаринами, или гепариноидами для местного применения, и (или) биофлавоноидами (при хроническом геморрое, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрое (код по МКБ-10: К64)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнена ректороманоскопия или аноскопия (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена колоноскопия (при наличии выделения крови из заднего прохода) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин и (или) хирургическое лечение (малоинвазивное) (при остром геморрое, в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственными препаратами для местного лечения геморроя и анальных трещин и (или) гепаринами, или гепариноидами для местного применения, и (или) биофлавоноидами, и (или) хирургическое лечение (в том числе малоинвазивное) (при хроническом геморрое, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.37. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при алкогольной болезни печени (коды по МКБ-10: К70.0 - К70.4, К70.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено заполнение опросников (AUDIT - AUDIT-C) и при необходимости опросника CAGE у пациентов с подозрением на алкогольную болезнь печени, алкогольную зависимость | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование глюкозы в крови), базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), общий (клинический) анализ мочи | |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при наличии показаний и при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение орнитином (пациентам с энцефалопатией в том числе неуточненного генеза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено направление на консультацию к врачу-психиатру-наркологу (пациентам с подозрением на алкогольную зависимость и (или) с синдромом отмены алкоголя) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены оценка состояния питания и назначение рациона, сбалансированного соответственно состоянию пациента | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение адеметионином и (или) комбинированным препаратом инозин + меглюмин + метионин + никотинамид + янтарная кислота (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой (пациентам холестатическим синдромом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при алкогольной болезни печени (коды по МКБ-10: К70.0 - К70.4, К70.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение в условиях стационара врачом-гастроэнтерологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено заполнение опросников (AUDIT - AUDIT-C) и при необходимости опросника CAGE у пациентов с подозрением на алкогольную болезнь печени, алкогольную зависимость | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование глюкозы в крови, базовая | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), общий (клинический) анализ мочи | |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены биопсия печени и прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение орнитином (пациентам с энцефалопатией в том числе неуточненного генеза) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено направление на консультацию к врачу-психиатру-наркологу (пациентам с подозрением на алкогольную зависимость и (или) с синдромом отмены алкоголя) | Да/Нет |
| 10. | Выполнены оценка состояния питания и назначение рациона, сбалансированного соответственно состоянию пациента | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение преднизолоном 40 мг/сут или метилпреднизолоном 32 мг/сут перорально (пациентам с алкогольным гепатитом тяжелого течения индекс Маддрея $\geq$ 32, MELD $\geq$ 20) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение адеметионином и (или) комбинированным препаратом инозин + меглюмин + метионин + никотинамид + янтарная кислота (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой (пациентам холестатическим синдромом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени (коды по МКБ-10: K70.3, K71.7, K72, K74.0 - K74.6, K76.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование глюкозы в крови, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), общий (клинический) анализ мочи | |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентам с подозрением на тромбоз в венах портальной системы или с очаговыми изменениями печени на ультразвуковом исследовании) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение диуретиками в сочетании с бессолевой диетой под контролем уровня калия и натрия крови (пациентам асцитом и (или) печеночным гидротораксом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение лактулозой и (или) рифаксимином (пациентам с печеночной энцефалопатией) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено направление на консультацию врача-хирурга медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по хирургии (трансплантации органов и (или) тканей человека) (пациентам с циррозом печени и резистентным асцитом, острым повреждением почек - гепаторенальным синдромом, рефрактерным печеночным гидротораксом, гепатопульмональным синдромом с PaO2 < 60 мм. рт. ст.) | Да/Нет |

**11.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени (коды по МКБ-10: K70.3, K71.7, K72, K74.0 - K74.6, K76.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение в условиях стационара (при возникновении и (или) усугублении признаков декомпенсации) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование глюкозы в крови, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), общий (клинический) анализ мочи | |
| 3. | Выполнен диагностический лапароцентез с последующим исследованием асцитической жидкости (пациентам с циррозом печени с впервые возникшим, прогрессирующим или напряженным асцитом) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентам с подозрением на тромбоз в венах портальной системы или с очаговыми изменениями печени на ультразвуковом исследовании) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен лечебный объемный парацентез с удалением не более 15 литров асцитической жидкости одномоментно (пациентам с напряженным асцитом, а также с асцитом, осложненным острым повреждением почек - гепаторенальным синдромом) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен лечебный торакоцентез (пациентам с печеночным гидротораксом, признаками дыхательной недостаточности, при неэффективности диуретической терапии) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена трансфузия раствора альбумина человека (из расчета 8 г на каждый удаленный литр асцитической жидкости и не более 1 г/кг безотечной массы тела пациента) (после проведения парацентеза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение диуретиками в сочетании с бессолевой диетой под контролем уровня калия и натрия крови (пациентам асцитом и (или) печеночным гидротораксом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение лактулозой и (или) рифаксимином (пациентам Ъ с печеночной энцефалопатией) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена трансфузия альбумина человека 1,5 г/кг массы тела (в 1-е сутки от установления диагноза) и 1 г/кг массы тела (на 3-и сутки от установления диагноза) (пациентам с циррозом печени и инфицированным асцитом) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено лечение терлипрессином и альбумином человека (пациентам с циррозом печени, осложненным острым повреждением почек - гепаторенальным синдромом) под контролем креатинина (через 48 - 72 | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | часа от начала терапии) | |
| 15. | Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом (пациента с циррозом печени с признаками острого кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено лигирование источника кровотечения (при условии удовлетворительной визуализации) в комбинации с введением терлипрессина или октреотида (пациентам с продолжающимся кровотечением из изолированных варикозных вен пищевода и вен желудка 1 типа (до 8 - 10 мм в диаметре) | Да/Нет |
| 17. | Установлен зонд-обтуратор (при невозможности лигирования источника кровотечения) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено лечение норфлоксацином 400 мг дважды в день или цефтриаксоном 1 г в день (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено направление на консультацию врача-хирурга медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по хирургии (трансплантации органов и (или) тканей человека) (пациентам с циррозом печени и резистентным асцитом, острым повреждением почек - гепаторенальным синдромом, рефрактерным печеночным гидротораксом, гепатопульмональным синдромом с PaO2 < 60 мм. рт. ст.) | Да/Нет |

**11.41. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при лекарственных поражениях печени (код по МКБ-10: K71)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка лекарственного анамнеза пациента с определением типа гепатотоксичности лекарственного препарата (препаратов) по шкале RUCAM и отменой провоцирующего лекарственного препарата | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование альбумина в крови, мониторинг показателей международного нормализованного отношения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование на острые вирусные гепатиты (A, B, C, E) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены определение антител к гладкой мускулатуре, IgG + A + M (Smooth Muscle Antibodies, SMA, ASMA, IgG + A + M) в крови) и исследование иммуноглобулина G в крови (IgG), и исследование церулоплазмина в крови (при диагностике) (пациентам с подозрением на аутоиммунные заболевания печени и болезнь Вильсона-Коновалова) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентам с подозрением на патологию билиарного тракта и инфильтративные процессы в печени) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение ацетилцистеином (пациентам с лекарственным поражением печени, вызванным парацетамолом) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение левокарнитином (пациентам с лекарственным поражением печени, вызванным вальпроевой кислотой) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение преднизолоном (пациентам с аутоиммуноподобным фенотипом лекарственного поражения печени) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой и (или) адеметионином, и (или) фосфолипидами, и (или) инозин + меглюмин + метионин + никотинамид + янтарной кислотой (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение орнитином (пациентам с признаками печеночной энцефалопатии) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**11.42. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при лекарственных поражениях печени у взрослых (код по МКБ-10: К71)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка лекарственного анамнеза пациента с определением типа гепатотоксичности лекарственного препарата (препаратов) по шкале RUCAM и отменой провоцирующего лекарственного препарата | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование альбумина в крови, мониторинг показателей международного нормализованного отношения | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование на острые вирусные гепатиты (A, B, C, E) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены определение антител к гладкой мускулатуре, IgG + A + M (Smooth Muscle Antibodies, SMA, ASMA, IgG + A + M) в крови) и исследование иммуноглобулина G в крови (IgG), и исследование церулоплазмина в крови (при диагностике) (пациентам с подозрением на аутоиммунные заболевания печени и болезнь Вильсона-Коновалова) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (пациентам с подозрением на патологию билиарного тракта и инфильтративные процессы в печени) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение ацетилцистеином (пациентам с лекарственным поражением печени, вызванным парацетамолом) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение левокарнитином (пациентам с лекарственным поражением печени, вызванным вальпроевой кислотой) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение преднизолоном (пациентам с аутоиммуноподобным фенотипом лекарственного поражения печени) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой и (или) адеметионином, и (или) фосфолипидами, и (или) инозин + меглюмин + метионин + никотинамид + янтарной кислотой (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение орнитином (пациентам с признаками печеночной энцефалопатии) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.43. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при неалкогольной жировой болезни печени (коды по МКБ-10: К75.8, К76.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка кардиометаболических факторов риска | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование триглицеридов в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнены расчет индекса массы тела, измерение окружности талии | Да/Нет |
| 7. | Выполнен расчет FIB-4 или NFS | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение рекомендаций по изменению образа жизни (питанию, физической активности) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**11.44. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при неалкогольной жировой болезни печени (коды по МКБ-10: К75.8, К76.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка кардиометаболических факторов риска | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование триглицеридов в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 6. | Выполнены расчет индекса массы тела, измерение окружности талии | Да/Нет |
| 7. | Выполнен расчет FIB-4 или NFS | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение рекомендаций по изменению образа жизни (питанию, физической активности) | Да/Нет |

**11.45. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при холецистите (код по МКБ-10: К81)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование общего билирубина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование амилазы в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и желчных протоков | Да/Нет |
| 4. | Выполнено общий (клинический) анализ крови базовый, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови с целью раннего выявления возможных осложнений в послеоперационном периоде пациентам, перенесшим хирургическое лечение острого холецистита | Да/Нет |
| 5. | Выполнены ультразвуковое исследование печени и ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при технической возможности) с целью выявления внутрибрюшной жидкости и расширения желчевыводящих путей в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательство по поводу острого холецистита, | Да/Нет |

**11.46. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при холецистите (код по МКБ-10: К81)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование амилазы в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и желчных протоков | Да/Нет |
| 4. | Выполнена инфузионная терапия (пациентам с острым холециститом) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при остром холецистите) (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме (при остром холецистите, осложненном перитонитом) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение в неотложной форме (при отсутствии эффекта от консервативного лечения) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый и исследование общего билирубина в крови, исследование активности щелочной фосфатазы, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование амилазы в крови, исследование глюкозы в крови (в послеоперационном периоде) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости (в послеоперационном периоде при подозрении на развитие осложнений) | Да/Нет |
| 10. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови с целью раннего выявления возможных осложнений в послеоперационном периоде пациентам, перенесшим хирургическое лечение острого холецистита | Да/Нет |
| 11. | Выполнены ультразвуковое исследование печени и ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков или компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием (при технической возможности) с целью выявления внутрибрюшной жидкости и расширения желчевыводящих путей в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательство по поводу острого холецистита, при подозрении на развитие осложнений | Да/Нет |

**11.47. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при желчнокаменной болезни (коды по МКБ-10: K80, K81.1, K82.8, K83.0, K83.8, K83.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено назначение ультразвукового исследования органов брюшной полости (при установлении диагноза и при динамическом наблюдении не реже 1 раза в 12 месяцев) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение: исследование щелочной фосфатазы в крови, исследование гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности альфа-амилазы в крови, исследование С-реактивного белка в крови и общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Назначена урсодезоксихолевая кислота (при наличии холестериновых камней и отсутствии показаний к хирургическому лечению, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.48. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при желчнокаменной болезни (коды по МКБ-10: K80, K81.1, K82.8, K83.0, K83.8, K83.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование щелочной фосфатазы в крови, исследование гамма-глютамилтрансферазы в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови и исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности альфа-амилазы в крови, исследование С-реактивного белка в крови и общий (клинический) анализ крови базовый | |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой и (или) нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами, или другими анальгетиками и антипиретиками, и (или) холецистэктомия лапароскопическая, или холецистэктомия малоинвазивная (в зависимости от медицинских показаний при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.49. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром панкреатите (коды по МКБ-10: K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение активности амилазы в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка органных и полиорганных дисфункций по шкале qSOFA | Да/Нет |
| 4. | Выполнено компьютерная томография органов брюшной полости и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости для определения локализации патологических очагов и планирования оперативного лечения перед проведением хирургического вмешательства | Да/Нет |
| 5. | Выполнено бактериологическое исследование содержимого, полученного при пункции или после выполнения санирующей операции | Да/Нет |
| 6. | Выполнена госпитализация пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии при выявлении органной недостаточности | Да/Нет |
| 7. | Выполнена консервативная терапия (в ранней (I) фазе заболевания) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение в неотложной форме при развитии гнойных осложнений в поздней (II) фазе заболевания | Да/Нет |
| 9. | Выполнены минимально инвазивные вмешательства (дренирование под ультразвуковым наведением, ретроперитонеоскопия, минилапаротомия с помощью набора для операций малого доступа и другие) при решении вопроса о первичном дренировании абсцесса поджелудочной железы или гнойно-некротического парапанкреатита | Да/Нет |
| 11. | Выполнено бактериологическое исследование содержимого (бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы), полученного при пункции или после выполнения санирующей операции | Да/Нет |

**11.50. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом панкреатите (коды по МКБ-10: K86.0, K86.1, K86.2, K86.3, K86.8, K90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение активности амилазы в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная холангиопанкреатография, и (или) магнитно-резонансная томография поджелудочной железы, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (по отдельности либо в сочетании, в зависимости от клинической ситуации) у пациентов с хроническим панкреатитом и впервые выявленным кистозным образованием поджелудочной железы | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эндосонография панкреатобилиарной зоны при клинических или лучевых признаках панкреатической или билиарной гипертензии, эндоскопических признаках изменений со стороны большого дуоденального сосочка | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование подкласса иммуноглобулина IgG4 в крови при аутоиммунной этиологии хронического панкреатита | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение анальгетиков или нестероидных противовоспалительных и противоревматических лекарственных препаратов при интенсивном болевом синдроме | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение панкреатина в капсулах в дозе 40 - 50 тыс. МЕ липазы на основной прием пищи и 20 - 25 МЕ липазы на промежуточный прием пищи, кратностью не менее 5 раз в сутки, для проведения заместительной терапии | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оценка начальной эффективности лечения по прибавке массы тела и снижению выраженности симптомов через 6 месяцев после начала заместительной ферментной терапии | Да/Нет |

**11.51. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом панкреатите (коды по МКБ-10: K86.0, K86.1, K86.2, K86.3, K86.8, K90.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение активности амилазы в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная холангиопанкреатография, и (или) магнитно-резонансная томография поджелудочной железы, и (или) магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (по отдельности либо в сочетании, в зависимости от клинической ситуации), у пациентов с хроническим панкреатитом и впервые выявленным кистозным образованием поджелудочной железы | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эндосонография панкреатобилиарной зоны при клинических или лучевых признаках панкреатической или билиарной гипертензии, эндоскопических признаках изменений со стороны большого дуоденального сосочка | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование подкласса иммуноглобулина IgG4 в крови при аутоиммунной этиологии хронического панкреатита | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение анальгетиками или нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами при интенсивном болевом синдроме | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение панкреатином в капсулах в дозе 40 - 50 тыс. МЕ липазы на основной прием пищи и 20 - 25 МЕ липазы на промежуточный прием пищи, кратностью не менее 5 раз в сутки, для проведения заместительной терапии | Да/Нет |
| 9. | Выполнен осмотр врачом-хирургом и осмотр врачом-эндоскопистом | Да/Нет |
| 10. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами системного действия широкого спектра за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено хирургическое вмешательство в плановой форме при неэффективности консервативного лечения | Да/Нет |
| 12. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала поджелудочной железы | Да/Нет |

**11.52. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при язвенном колите (код по МКБ-10: K51)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена колоноскопия (с проведением илеоскопии) (при установлении диагноза и при решении вопроса о колэктомии (за исключением пациентов с острым тяжелым колитом) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена ректосигмоидоскопия (при остром тяжелом колите или сверхтяжелом колите) (при установлении диагноза и при отсутствии стриктур кишечника) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биопсия тонкой кишки эндоскопическим доступом и (или) биопсия ободочной кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия сигмовидной кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия прямой | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | кишки эндоскопическим доступом (при установлении диагноза) | |
| 4. | Выполнено исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (Clostridium difficile), или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины A и B клостридии (Clostridium difficile), или молекулярно-биологическое исследование кала на возбудителя диффициального клостридиоза (Clostridium difficile) (при остром начале диареи и (или) при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или при недавнем пребывании в другом стационаре) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение лекарственным препаратом 5-АСК и аналогичными препаратами (при легкой и среднетяжелой активности язвенного колита, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение кортикостероидами системного действия, или азатиоприном, или меркаптопурином, или такролимусом, или циклоспорином, или инфликсимабом, или адалимумабом, или ведолизумабом, или тофацитинибом, или упадацитинибом (при тяжелом колите, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.53. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при желчнокаменной болезни (коды по МКБ-10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K82.0, K82.1, K82.2, K82.3, K82.4, K82.8, K83.1, K83.3, K83.8, K87.0, K91.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование активности альфа-амилазы панкреатической в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с оценкой состояния печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы | Да/Нет |

**11.54. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при желчнокаменной болезни (коды по МКБ-10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K82.0, K82.1, K82.2, K82.3, K82.4, K82.8, K83.1, K83.3, K83.8, K87.0, K91.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование общего билирубина в крови и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование активности альфа-амилазы панкреатической в крови | |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с оценкой состояния печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография или эндосонография панкреатобилиарной зоны при расширении желчных протоков и отсутствии четкой визуализации конкрементов в общем желчном протоке по данным ультразвукового исследования | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография при выявлении холедохолитиаза с помощью ультразвукового исследования или других методов | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление пациента с холедохолитиазом, выявленном при ультразвуковом исследовании в медицинскую организацию, в которой проводится эндоскопическое исследование и вмешательство при холедохолитиазе, при невозможности выполнения в данной медицинской организации | Да/Нет |
| 7. | Выполнена инфузионная терапия пациентам с острым холециститом и осложненными формами холедохолитиаза | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при остром холецистите среднетяжелого и тяжелого течения | Да/Нет |
| 9. | Выполнена антибактериальная терапия при осложнении желчнокаменной болезни - остром холангите | Да/Нет |
| 10. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при остром холецистите, осложненном перфорацией и диффузным или распространенным перитонитом | Да/Нет |
| 11. | Выполнено хирургическое лечение в неотложной форме при остром холецистите при отсутствии эффекта от консервативного лечения | Да/Нет |
| 12. | Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстрацией из общего желчного протока в неотложной форме при холедохолитиазе | Да/Нет |
| 13. | Выполнена одномоментная операция - холецистэктомия и холедохолитотомия в неотложной форме при невозможности или неэффективности эндоскопической литоэкстракции из общего желчного протока | Да/Нет |

**11.55. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ-10: K52.3, K52.9, K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.8, K58.9, K59.1, K59.2, K59.8, K59.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена колоноскопия и биопсия тонкой кишки эндоскопическим доступом (из терминального отдела подвздошной кишки) и биопсия ободочной кишки эндоскопическим доступом с прижизненным патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение спазмолитиками (лекарственными препаратами для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение лоперамидом, и (или) смектитом диоктаэдрическим, и (или) рифаксимином, и (или) пробиотиками (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами групп: слабительные средства, увеличивающие объем кишечного содержимого, или осмотические слабительные средства, или контактные слабительные средства, или прукалопридом (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора) | Да/Нет |

**11.56. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ-10: K52.3, K52.9, K58.0, K58.1, K58.2, K58.3, K58.8, K58.9, K59.1, K59.2, K59.8, K59.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены колоноскопия и биопсия тонкой кишки эндоскопическим доступом (из терминального отдела подвздошной кишки) и биопсия ободочной кишки эндоскопическим доступом с прижизненным патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение спазмолитиками (лекарственными препаратами для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение лоперамидом, и (или) смектитом диоктаэдрическим, и (или) рифаксимином, и (или) пробиотиками (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами групп: слабительные средства, увеличивающие объем кишечного содержимого, или осмотические слабительные средства, или контактные слабительные средства, или прукалопридом (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора) | Да/Нет |

**11.57. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ-10: K44.0, K44.1, K44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Врожденная диафрагмальная грыжа)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| п/п | | выполнения |
| 1. | Выполнена рентгенография легких пациентам с дыхательной недостаточностью и подозрением на диафрагмальную грыжу | Да/Нет |
| 2. | Выполнено проведение респираторной поддержки | Да/Нет |
| 3. | Выполнена терапия легочной гипертензии (при легочной гипертензии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**11.58. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ-10: К44.0, К44.1, К44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Врожденная диафрагмальная грыжа)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография легких пациентам с дыхательной недостаточностью и подозрением на диафрагмальную грыжу | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки и (или) магнитно-резонансная томография грудной клетки (при подозрении на врожденную диафрагмальную грыжу и (или) при рецидиве врожденной диафрагмальной грыжи) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено проведение респираторной поддержки | Да/Нет |
| 5. | Выполнена терапия легочной гипертензии (при легочной гипертензии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**11.59. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при грыжах передней брюшной стенки (коды по МКБ-10: К40.0, К40.1, К40.2, К40.3, К40.4, К40.9, К42.0, К42.1, К42.9, К43.6, К43.7, К43.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено ультразвуковое исследование паховой области и мошонки (для подтверждения клинического диагноза) | Да/Нет |

**11.60. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при грыжах передней брюшной стенки (коды по МКБ-10: К40.0, К40.1, К40.2, К40.3, К40.4, К40.9, К42.0, К42.1, К42.9, К43.6, К43.7, К43.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено хирургическое лечение по экстренным показаниям (при ущемлении косой паховой грыжи или при ущемлении пупочной грыжи) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено хирургическое лечение грыжи передней брюшной стенки | Да/Нет |

**11.61. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при кишечной инвагинации (код по МКБ-10: К56.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнен прием (консультация) врача - детского хирурга | Да/Нет |

**11.62. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при кишечной инвагинации (код по МКБ-10: К56.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом - детским хирургом | Да/Нет |
| 2. | Выполнены диагностическое ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование тонкой кишки, ультразвуковое исследование толстой кишки, ультразвуковое исследование сигмовидной и прямой кишки, ультразвуковое исследование брюшной полости на наличие свободной жидкости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лабораторное обследование при поступлении: общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 4. | Выполнена консервативная дезинвагинация (освобождение кишки, внедренной в другую (инвагинации) пневмостатическая или гидростатическая | Да/Нет |
| 5. | Выполнена предоперационная подготовка при клинико-лабораторной картине развития осложнений заболевания (перфорация кишки, перитонит, тонкокишечная непроходимость) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (после хирургического лечения заболевания с осложненным течением (некроз кишки, перфорация кишки, перитонит, тонкокишечная непроходимость) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение при неэффективности консервативной дезинвагинации и при диагностике осложнений (некроз кишки, перфорация кишки, перитонит, тонкокишечная непроходимость) | Да/Нет |

**11.63. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Крона (код по МКБ-10: К50)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный и (или) прием (консультация) врача-колопроктолога первичный (с обязательным трансректальным пальцевым исследованием) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена колоноскопия (с проведением илеоскопии) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биопсия двенадцатиперстной кишки эндоскопическим доступом и (или) биопсия тонкой кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия ободочной кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия сигмовидной эндоскопическим доступом, и (или) биопсия прямой кишки эндоскопическим доступом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и (или) компьютерная томография тонкой кишки с двойным контрастированием, и (или) компьютерная томография толстой кишки с двойным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при выявлении воспалительного инфильтрата брюшной полости или внекишечных проявлений заболевания, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.64. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Крона (код по МКБ-10: K50)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный и (или) прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный (с обязательным трансректальным пальцевым исследованием) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена колоноскопия (с проведением илеоскопии) (если не проводилась в течение 6 месяцев до момента госпитализации) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены биопсия двенадцатиперстной кишки эндоскопическим доступом и (или) биопсия тонкой кишки эндоскопическим доступом, биопсия ободочной кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия сигмовидной кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия прямой кишки эндоскопическим доступом (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости или компьютерная томография органов брюшной полости (в течение не более 6 часов с момента госпитализации) (при наличии клинических признаков кишечной непроходимости) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и (или) компьютерная томография тонкой кишки с двойным контрастированием, и (или) компьютерная томография толстой кишки с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | двойным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 6. | Выполнено лечение кортикостероидами системного действия или ингибиторами фактора некроза опухоли альфа, или устекинумабом, или ведолизумабом, или азатиоприном, или меркаптопурином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при выявлении воспалительного инфильтрата брюшной полости или внекишечных проявлений заболевания, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.65. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии (код по МКБ-10: K56.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено пальцевое ректальное обследование | Да/Нет |
| 2. | Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости и (или) компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка эффективности проводимой консервативной терапии каждые 6 часов | Да/Нет |
| 4. | Выполнена разметка области выведения кишечной стомы перед хирургическим вмешательством по поводу острой кишечной непроходимости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена ликвидация кишечной непроходимости | Да/Нет |

**11.66. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при язвенном колите (код по МКБ-10: K51)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гастроэнтеролога первичный и (или) прием (консультация) врача-колопроктолога первичный (с обязательным трансректальным пальцевым исследованием) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена колоноскопия или ректосигмоидоскопия (при установлении диагноза и при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (Clostridium difficile) или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины A и B клостридии диффициле (Clostridium difficile), или молекулярно-биологическое исследование кала на возбудителя диффициального клостридиоза (Clostridium difficile) (при остром начале диареи и (или) при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение аминосалициловой кислотой и аналогичными препаратами или кортикостероидами для местного применения (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.67. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенном колите (код по МКБ-10: K51)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены ежедневный осмотр врачом-гастроэнтерологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях и (или) ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (с обязательным трансректальным пальцевым исследованием) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена колоноскопия (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе в течение предшествующих 12 месяцев) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биопсия ободочной кишки эндоскопическим доступом и (или) биопсия прямой кишки эндоскопическим доступом (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, или если ранее установленный диагноз сомнителен, кроме стадии очень высокой активности заболевания) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение аминосалициловой кислотой и аналогичными препаратами и (или) кортикостероидами системного действия, и (или) другими иммунодепрессантами, и (или) ингибиторами фактора некроза опухоли альфа, или устекинумабом, или ведолизумабом, или тофацитинибом, и (или) хирургическое лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**11.68. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при болезни Крона (коды по МКБ-10: K50, K52.3, K52.9)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены эзофагогастродуоденоскопия и (или) колоноскопия (с проведением илеоскопии) (при установлении диагноза или через 6 - 12 месяцев после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены биопсия пищевода эндоскопическим доступом, и (или) биопсия желудка эндоскопическим доступом, и (или) биопсия двенадцатиперстной кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия тонкой кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия ободочной кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия сигмовидной кишки эндоскопическим доступом, и (или) биопсия прямой кишки эндоскопическим доступом (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование кала на наличие токсина клостридии диффициле (Clostridium difficile), или иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины A и B клостридии (Clostridium difficile), или молекулярно-биологическое исследование кала на возбудителя диффициального клостридиоза (Clostridium difficile) (при остром начале диареи и (или) при недавно проведенном курсе антибиотикотерапии или пребывании в стационаре) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение кортикостероидами для местного применения и (или) кортикостероидами системного действия, и (или) метотрексатом, и (или) азатиоприном, или меркаптопурином, или инфликсимабом, или адалимумабом, или устекинумабом, или ведолизумабом, или упадацитинибом (при индукции или поддержании ремиссии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача - детского хирурга первичный (в случае стриктурирующего, пенетрирующего или абсцедирующего течения болезни Крона, при перианальных поражениях, при определении показаний к хирургическому лечению) | Да/Нет |

**11.69. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гастрите и дуодените (коды по МКБ-10: K29.0, K29.1, K29.3, K29.4, K29.5, K29.6, K29.7, K29.8, K29.9, K31.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный с определением гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, цветового показателя, тромбоцитов, лейкоцитов с лейкоцитарной формулой | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия пациентам с подозрением на гастрит и дуоденит, имеющим показания к проведению эндоскопического исследования | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение инфицированности хеликобактером пилори (H. pylori) при первичной диагностике - 13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (H. pylori) (быстрый уреазный тест), микроскопическое исследование материала желудка на хеликобактер пилори (H. pylori), или микробиологическое исследование биоптата | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | стенки желудка на хеликобактер пилори (H. pylori), микробиологическое исследование биоптатов слизистой желудка на хеликобактер пилори (H. pylori) | |
| 4. | Выполнена эрадикационная терапия (при выявлении показаний к эрадикации хеликобактер пилори (H. pylori) | Да/Нет |

**11.70. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гастрите и дуодените (коды по МКБ-10: K29.0, K29.1, K29.3, K29.4, K29.5, K29.6, K29.7, K29.8, K29.9, K31.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный с определением уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, цветового показателя, тромбоцитов, лейкоцитов с лейкоцитарной формулой | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия пациентам с подозрением на гастрит и дуоденит, имеющим показания к проведению эндоскопического исследования | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение инфицированности хеликобактером пилори (H. pylori) при первичной диагностике - 13С-уреазный дыхательный тест на хеликобактер пилори (H. pylori) (быстрый уреазный тест), микроскопическое исследование материала желудка на хеликобактер пилори (H. pylori), или микробиологическое исследование биоптата стенки желудка на хеликобактер пилори (H. pylori), микробиологическое исследование биоптатов слизистой желудка на хеликобактер пилори (H. pylori) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эрадикационная терапия (при выявлении показаний к эрадикации хеликобактер пилори (H. pylori) | Да/Нет |

**11.71. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (коды по МКБ-10: K44.0, K44.1, K44.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка с барием или компьютерная томография грудной клетки в сочетании с компьютерной томографией органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |

**11.72. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (коды по МКБ-10: K44.0, K44.1, K44.9)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка с барием или компьютерная томография грудной клетки в сочетании с компьютерной томографией органов брюшной полости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение в плановой форме пациенту с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы II, III и IV типов, а также с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы I типа при наличии осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни или при неэффективности консервативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в течение 6 месяцев | Да/Нет |
| 5. | Выполнена фундопликация при хирургическом лечении | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое вмешательство в экстренной форме при ущемлении грыжи пищеводного отверстия диафрагмы | Да/Нет |

**11.73. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при прочих первичных грыжах брюшной стенки (коды по МКБ-10: К42.0, К42.1, К42.9, К43.6, К43.7, К43.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией по поводу первичной грыжи брюшной стенки | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) профильного врача-специалиста при наличии сопутствующих заболеваний перед операцией | Да/Нет |

**11.74. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при прочих первичных грыжах брюшной стенки (коды по МКБ-10: К42.0, К42.1, К42.9, К43.6, К43.7, К43.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический перед операцией по поводу первичной грыжи брюшной стенки | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена консультация врача-специалиста по профилю сопутствующего заболевания (при наличии) перед операцией | Да/Нет |
| 5. | Выполнена антибиотикопрофилактика цефалоспоринами первого поколения или ванкомицином (при доказанном риске MRSA) перед операцией | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений перед операцией с учетом факторов риска | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение с использованием сетчатых эндопротезов, или оперативное лечение с использованием видеоэндоскопических технологий, или аутопластика в плановой форме | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при ущемлении грыжи | Да/Нет |

**11.75. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при остром парапроктите (код по МКБ-10: К61, К61.0, К61.1, К61.2, К61.3, К61.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-колопроктологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнено вскрытие острого гнойного парапроктита | Да/Нет |

**11.76. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ-10: К52.3, К52.9, К58.0, К58.1, К58.2, К58.3, К58.8, К58.9, К59.1, К59.2, К59.8, К59.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение спазмолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение лоперамидом и (или) рифаксимином, и (или) пробиотиками (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение слабительными средствами, увеличивающими объем кишечного содержимого, или осмотическими слабительными средствами, или контактными слабительными средствами (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора) | Да/Нет |

**11.77. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при синдроме раздраженного кишечника (коды по МКБ-10: К52.3, К52.9, К58.0, К58.1, К58.2, К58.3, К58.8, К58.9, К59.1, К59.2, К59.8, К59.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение спазмолитиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение лоперамидом и (или) рифаксимином, и (или) пробиотиками (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение слабительными средствами, увеличивающими объем кишечного содержимого, или осмотическими слабительными средствами, или контактными слабительными средствами (при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запора) | Да/Нет |

**11.78. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ-10: K44.0, K44.1, K44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено рентгенологическое исследование с пероральным контрастированием (при подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия с оценкой воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (при подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при подозрении на осложненную форму грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (наличие заворота грыжевого содержимого) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена лапароскопическая хиатопластика и фундопликация | Да/Нет |

**11.79. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ-10: K44.0, K44.1, K44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Грыжа переднего отдела диафрагмы)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено рентгенологическое исследование с пероральным контрастированием (при подозрении на грыжу переднего отдела диафрагмы) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена ирригография (при подозрении на грыжу переднего отдела диафрагмы) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при подозрении на грыжу переднего отдела диафрагмы) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнена лапароскопическая коррекция грыжи с иссечением грыжевого мешка | Да/Нет |

**11.80. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной диафрагмальной грыже (коды по МКБ-10: K44.0, K44.1, K44.9, Q40.1, Q79.0, Q79.1) (Релаксация диафрагмы)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная в двух проекциях (при подозрении на релаксацию диафрагмы) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (при подозрении на релаксацию диафрагмы) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена торакоскопическая пликация диафрагмы | Да/Нет |

## 12. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

**12.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ-10: L05.0; L05.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса) (при остром воспалении эпителиального копчикового хода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) | Да/Нет |

**12.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при эпителиальном копчиковом ходе (коды по МКБ-10: L05.0; L05.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено иссечение эпителиального копчикового хода (при неосложненных формах хронического воспаления эпителиального копчикового хода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с или без пластики раны местными тканями (при осложненных формах хронического воспаления эпителиального копчикового хода) | Да/Нет |

**12.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при эритразме (код по МКБ-10: L08.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микроскопическое исследование соскоба с кожи из очагов поражения | Да/Нет |
| 3. | Выполнена люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда) | Да/Нет |
| 4. | Назначена терапия антибиотиками для местного назначения или противомикробными лекарственными препаратами для лечения угревой сыпи или противогрибковыми лекарственными препаратами для местного применения, или кортикостероидами в комбинации с другими лекарственными препаратами (дифлукортолон + изоконазол) и (или) антибактериальными лекарственными препаратами системного действия | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.4. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при атопическом дерматите (код по МКБ-10: L20)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом, или дупилумабом, или упадацитинибом, или циклоспорином | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование калия в крови, исследование мочевой кислоты в крови пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом, или дупилумабом, или упадацитинибом, или циклоспорином | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия циклоспорином | Да/Нет |
| 5. | Назначена наружная терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, и (или) лекарственными препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов, и (или) другими дерматологическими лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 6. | Назначена системная терапия кортикостероидами системного действия и (или) циклоспорином, и (или) дупилумабом, и (или) барицитинибом, и (или) упадацитинибом, и (или) аброцитинибом, и (или) ультрафиолетовое облучение кожи, и (или) наружная терапия такролимусом пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Назначено лечение антигистаминными средствами системного действия при зуде | Да/Нет |
| 8. | Назначена наружная терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и (или) кортикостероидами в комбинации с антибиотиками, и (или) кортикостероидами в комбинации с другими средствами, и (или) антисептиками и дезинфицирующими средствами, и (или) другими лечебными средствами, и (или) антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при вторичном инфицировании | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |
| 10. | Назначено лечение средствами, оказывающими увлажняющее действие | Да/Нет |

**12.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при атопическом дерматите (код по МКБ-10: L20)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом, или дупилумабом, или упадацитинибом, или циклоспорином | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование калия в крови, исследование мочевой кислоты в крови пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия аброцитинибом или барицитинибом или дупилумабом или упадацитинибом или циклоспорином | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам с атопическим дерматитом, которым проводится системная терапия циклоспорином | Да/Нет |
| 5. | Выполнена наружная терапия глюкокортикоидами, применяемыми в дерматологии, и (или) лекарственными препаратами для лечения дерматита, кроме глюкокортикоидов, и (или) другими дерматологическими лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 6. | Выполнена системная терапия кортикостероидами системного действия и (или) циклоспорином, и (или) дупилумабом, и (или) барицитинибом, и (или) упадацитинибом, и (или) аброцитинибом, и (или) ультрафиолетовое облучение кожи, и (или) наружная терапия такролимусом пациентам с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия при зуде | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнена наружная терапия антибиотиками и противомикробными средствами, применяемыми в дерматологии, и (или) кортикостероидами в комбинации с антибиотиками, и (или) кортикостероидами в комбинации с другими средствами, и (или) антисептиками и дезинфицирующими средствами, и (или) другими лечебными средствами, и (или) антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при вторичном инфицировании | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.6. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при себорейном дерматите (код по МКБ-10: L21)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение противогрибковыми лекарственными препаратами для наружного применения | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение кортикостероидами для лечения заболеваний кожи для наружного применения | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение ингибиторами кальциневрина | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение противогрибковыми лекарственными препаратами для системного применения | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при себорейном дерматите (код по МКБ-10: L21)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение противогрибковыми лекарственными препаратами для наружного применения | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение кортикостероидами для лечения заболеваний кожи для наружного применения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение ингибиторами кальциневрина | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение противогрибковыми лекарственными препаратами для системного применения | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.8. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дерматите контактном (коды по МКБ-10: L23, L24, L25)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначена наружная терапия кортикостероидами для дерматологического применения или лекарственными препаратами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение антигистаминными средствами системного действия пациентам с жалобами на зуд | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение кортикостероидами системного действия пациентам с неэффективностью наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади поверхности кожного покрова | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дерматите контактном (коды по МКБ-10: L23, L24, L25)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена наружная терапия кортикостероидами для дерматологического применения или лекарственными препаратами для лечения дерматита, кроме кортикостероидов | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антигистаминными лекарственными препаратами системного действия пациентам с жалобами на зуд | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение кортикостероидами системного действия пациентам с неэффективностью наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади поверхности кожного покрова | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.10. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при экземе (код по МКБ-10: L30)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначена наружная терапия кортикостероидами, применяемыми в дерматологии, или другими лекарственными препаратами, применяемыми в дерматологии (пимекролимус или такролимус, или пиритион цинка) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение антигистаминными лекарственными препаратами | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | системного действия пациентам с экземой, сопровождающейся зудом | |
| 4. | Назначена наружная терапия кортикостероидами в комбинации с другими лекарственными препаратами, или кортикостероидами в комбинации с антибиотиками, и (или) антисептиками и дезинфицирующими средствами пациентам с экземой, сопровождающейся инфицированием очагов поражения | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение лекарственными препаратами, оказывающими увлажняющее действие | Да/Нет |

**12.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при экземе (код по МКБ-10: L30)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена наружная терапия кортикостероидами, применяемыми в дерматологии, или другими лекарственными препаратами, применяемыми в дерматологии (пимекролимус или такролимус, или пиритион цинка) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия пациентам с экземой, сопровождающейся зудом | Да/Нет |
| 4. | Выполнена наружная терапия кортикостероидами в комбинации с другими средствами или кортикостероидами в комбинации с антибиотиками, и (или) антисептиками и дезинфицирующими средствами пациентам с экземой, сопровождающейся инфицированием очагов поражения | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.12. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при псориазе (коды по МКБ-10: L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего белка в крови, исследование глюкозы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение кортикостероидами для дерматологического применения (для местного лечения заболеваний кожи) или лекарственными препаратами для лечения псориаза для местного назначения другими, и (или) салициловой кислотой, и (или) ретиноидами для лечения псориаза, и (или) иммунодепрессантами, и (или) метотрексатом, и (или) фототерапия, и (или) генно-инженерными биологическими препаратами | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при псориазе (коды по МКБ-10: L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего белка в крови, исследование глюкозы в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение кортикостероидами для дерматологического применения (для местного лечения заболеваний кожи) или лекарственными препаратами для лечения псориаза для местного назначения другими, и (или) салициловой кислотой, и (или) ретиноидами для лечения псориаза, и (или) иммунодепрессантами, и (или) метотрексатом, и (или) фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при псориазе артропатическом, псориатическом артрите (коды по МКБ-10: L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) иммунодепрессантами, и (или) антиметаболитами, и (или) ингибиторами фактора некроза опухоли альфа, и (или) генно-инженерными биологическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при псориазе артропатическом, псориатическом артрите (коды по МКБ-10: L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) иммунодепрессантами, и (или) антиметаболитами, и (или) ингибиторами фактора некроза опухоли альфа, и (или) генно-инженерными биологическими препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при крапивнице (коды по МКБ-10: L50, L50.0, L50.1, L50.2, L50.3, L50.4, L50.5, L50.6, L50.8, L50.9, T78.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный, или прием (консультация) врача-терапевта первичный, и (или) прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение глюкокортикоидами системного действия (при неэффективности антигистаминного средства системного действия и (или) обострении крапивницы, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога повторный и (или) прием (консультация) врача-дерматовенеролога | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | повторный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра повторный, или прием (консультация) врача-терапевта повторный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный | |

**12.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при крапивнице (коды по МКБ-10: L50, L50.0, L50.1, L50.2, L50.3, L50.4, L50.5, L50.6, L50.8, L50.9, T78.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный, или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего иммуноглобулина Е (IgE) в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование IgG антител к тиреопероксидазе в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антигистаминными средствами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение глюкокортикоидами системного действия (при неэффективности антигистаминного средства системного действия и (или) обострении крапивницы, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены ежедневный осмотр врачом-аллергологом-иммунологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях и (или) прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный, или ежедневный осмотр врачом-дерматовенерологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях, и (или) прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение омализумабом (при хронической спонтанной (идиопатической) крапивнице в случае, если симптомы сохраняются более 2 - 4 недель на фоне лечения антигистаминными средствами системного действия (неседативных, второго поколения) в увеличенной дозе или ранее, если симптомы нестерпимы) | Да/Нет |
| 10. | Выполнены прием (консультация) врача-аллерголога-иммунолога повторный, и (или) прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра повторный, или прием (консультация) врача-терапевта повторный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный | Да/Нет |

**12.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при периоральном дерматите (код по МКБ-10: L71.0)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначена "нулевая" (или "зеро-терапия") при легком течении периорального дерматита | Да/Нет |
| 3. | Назначена наружная терапия в случае неэффективности "нулевой" терапии | Да/Нет |
| 4. | Назначена системная терапия изотретиноином при неэффективности антибактериальной терапии | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при других атрофических изменениях кожи (код по МКБ-10: L90.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначена терапия неинвазивными методами: наружные косметические средства, и (или) массаж лица медицинский, и (или) вакуумный массаж кожи, и (или) броссаж кожи, и (или) вибрационное воздействие, и (или) криомассаж кожи, и (или) ультразвуковые методы воздействия, и (или) фототерапевтические методы, и (или) неабляционное лазерное воздействие, и (или) дерматологические пилинги, и (или) микротоковое воздействие, и (или) электростимуляция мышц лица, и (или) воздействие тока высокой частоты на кожу | Да/Нет |
| 3. | Назначена терапия инвазивными методами: введение искусственных имплантатов в мягкие ткани и (или) введение инъекционных тканевых наполнителей, и (или) проведение лазерной шлифовки кожи, и (или) внутримышечное введение лекарственных препаратов (Ботулинический токсин типа А - гемагглютинин комплекс) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при буллезном пемфигоиде (код по МКБ-10: L12.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный пациентам, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | получающим системную терапию. | |
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам, получающим системную терапию | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам, получающим системную терапию | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи с применением иммунофлюоресцентных методов | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение кортикостероидами системного действия и (или) метотрексатом, и (или) циклофосфамидом, или наружная терапия кортикостероидами с очень высокой активностью (группа IV) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при буллезном пемфигоиде (код по МКБ-10: L12.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный пациентам, получающим системную терапию | Да/Нет |
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический пациентам, получающим системную терапию | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи пациентам, получающим системную терапию | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи с применением иммунофлюоресцентных методов | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение кортикостероидами системного действия и (или) метотрексатом, и (или) циклофосфамидом, или наружная терапия кортикостероидами с очень высокой активностью (группа IV) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гнездной алопеции (код по МКБ-10: L63)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Назначена системная терапия (глюкокортикоидами. или метотрексатом, или циклоспорином) при тяжелых формах алопеции (субтотальной, тотальной, универсальной) | Да/Нет |
| 3. | Назначена наружная терапия кортикостероидами, применяемыми в дерматологии, или внутриочаговое введение глюкокортикоидов при локальной (ограниченной) формой гнездной алопеции | Да/Нет |
| 4. | Назначена наружная терапия миноксидилом 5% или 2% в стационарную или регрессирующую стадию гнездной алопеции взрослым пациентам | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при локализованном гипертрихозе (код по МКБ-10: L68.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Назначена депиляция и (или) проведен курс аппаратной электроэпиляции для волос всех цветов, и (или) для волос всех цветов, кроме депигментированных (белых, седых) курс фотоэпиляции с использованием широкополосного импульсного света (IPL) (500 - 1200 нм), и (или) курс лазерной эпиляции с использованием александритового (755 нм) или диодного лазера (810 нм) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.24. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при пузырчатке (код по МКБ-10: L10)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (с обязательным определением уровня тромбоцитов в крови) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего брелка в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи или слизистой оболочки из очага поражения и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи с применением иммунофлюоресцентных методов | Да/Нет |
| 6. | Выполнено цитологическое исследование на акантолитические клетки со дна эрозий слизистых оболочек и (или) кожи | Да/Нет |
| 7. | Назначено лечение кортикостероидами системного действия и (или) ритуксимабом | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**12.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при пузырчатке (код по МКБ-10: L10)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (с обязательным определением уровня тромбоцитов в крови) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи или слизистой оболочки из очага поражения и (или) прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи с применением иммунофлюоресцентных методов | Да/Нет |
| 6. | Выполнено цитологическое исследование на акантолитические клетки со дна эрозий слизистых оболочек и (или) кожи | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение кортикостероидами системного действия и (или) ритуксимабом | Да/Нет |
| 8. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

## 13. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**13.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ревматоидном артрите (коды по МКБ-10: M05, M06)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (до достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 3 месяца и (или) после достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование креатинина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина в крови (до достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 3 месяца и (или) после достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови количественным методом (до достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 3 месяца и (или) после достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка активности ревматоидного артрита с использованием индекса DAS28 | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография кистей и рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев), за исключением III и IV стадий поражения суставов по Штейнброкеру | Да/Нет |
| 10. | Выполнена внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (перед назначением и каждые 6 месяцев на фоне лечения) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам, постоянно получающим нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты и (или) глюкокортикоиды, а также при наличии анемии или железодефицита) не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 12. | Выполнена электрокардиография не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 13. | Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследований (при высокой активности заболевания (стойкое увеличение С-реактивного белка более 20 мг/л) и (или) при рентгенологической стадии III - IV по Штейнброкеру, или значение индекса HAQ более 1,25, и (или) приеме глюкокортикоидов (более 3х месяцев в дозе более 5 мг/сут) не реже 1 раза в 12 месяцев | |
| 14. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (пациентам, имеющим клинические признаки поражения легких с или без рентгенологических изменений, выявленных при рентгенографии грудной клетки) | Да/Нет |
| 15. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 16. | Назначено лечение антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и (или) группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов, и (или) группы аминохинолины с момента постановки диагноза и продолжена терапия при условии достижения умеренного эффекта (снижение индекса DAS28 > 0,6 балла от исходного при сохранении умеренной активности болезни и снижение индекса DAS28 > 1,2 балла от исходного при сохранении высокой активности болезни по критериям EULAR) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**13.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ревматоидном артрите (коды по МКБ-10: M05, M06)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (до достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 3 месяца и (или) после достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование креатинина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование холестерина в крови (до достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 3 месяца и (или) после достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение содержания ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови количественным методом (до достижения ремиссии или низкого уровня активности - не реже 1 раза в 3 месяца и (или) после достижения ремиссии или низкого | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | уровня активности - не реже 1 раза в 6 месяцев) | |
| 7. | Выполнено определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (при подозрении на синдром Шегрена) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение содержания в крови антинуклеарного фактора или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (пациентам с недифференцированным артритом и подозрением на ревматоидный артрит) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование триглицеридов в крови (перед назначением ингибиторов интерлейкина 6 и ингибиторов янус-киназ) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 11. | Выполнена оценка активности ревматоидного артрита с использованием индекса DAS28 | Да/Нет |
| 12. | Выполнены рентгенография кистей и рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев), за исключением III и IV стадий поражения суставов по Штейнброкеру | Да/Нет |
| 13. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (пациентам, постоянно получающим нестероидные противовспалительные лекарственные препараты и (или) глюкокортикоиды, а также при наличии анемии или железодефицита) не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 14. | Выполнена электрокардиография не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 15. | Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (при высокой активности заболевания (стойкое увеличение СРБ более 20 мг/л) и (или) при рентгенологической стадии III - V по Штейнброкеру или значение индекса HAQ более 1,25 и (или) приеме глюкокортикоидов (H02AB) (более 3х месяцев в дозе более 5 мг/сут) не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 16. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения исследований (пациентам, имеющим клинические признаки поражения легких с или без рентгенологических изменений, выявленных при рентгенографии грудной клетки) | Да/Нет |
| 17. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная не реже 1 раза в год | Да/Нет |
| 18. | Выполнено лечение антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и (или) группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и (или) группы аминохинолины | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | с момента постановки диагноза и продолжена терапия при условии достижения умеренного эффекта (снижение индекса DAS28 > 0,6 балла от исходного при сохранении умеренной активности болезни и снижение индекса DAS28 > 1,2 балла от исходного при сохранении высокой активности болезни по критериям EULAR) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 19. | Выполнено лечение генно-инженерными биологическими препаратами и селективными иммунодепрессантами при наличии факторов риска неблагоприятного прогноза (раннее развитие эрозий суставов, высокие титры ревматоидного фактора и антител к циклическому цитрулиновому пептиду, высокая клиническая и лабораторная активность) и (или) недостаточной эффективности (сохранение умеренной или высокой активности в течение не менее 3 месяцев), и (или) плохой переносимости терапии метотрексатом (включая подкожную форму препарата), или выполнено направление в специализированную медицинскую организацию для выполнения лечения генно-инженерными биологическими препаратами и селективными иммунодепрессантами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**13.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при юношеском артрите с системным началом (код по МКБ-10: М08.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности лечения не реже 1 раза в 1 месяц после инициации или коррекции лечения и не реже одного раза в 3 месяца после достижения ремиссии заболевания, с оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения и (или) осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений и (или) побочных эффектов, и (или) стойкой непереносимости терапии и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом через 3 месяца и 6 месяцев после назначения иликоррекции терапии и далее каждые 6 месяцев и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование глюкозы в крови, исследование ферритина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | |
| 5. | Выполнено исследование холестерина в крови (пациентам, получающим глюкокортикоиды, не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение антистрептолизина-О в крови (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови (пациентам, получающим антитромботические средства, не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование гепарина в крови (пациентам, получающим прямые ингибиторы фактора Ха, не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение антител к антигенам ядра клетки и ДНК (пациентам, получающим ингибиторы фактора некроза опухоли альфа, не реже 1 раза в 3 месяц) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эхокардиография, ультразвуковое исследование почек (пациентам, получающим противоревматические препараты и (или) при наличии жалоб, не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 13. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) | Да/Нет |
| 15. | Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом при наличии лихорадки и (или) болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 16. | Выполнено введение канакинумаба или анакинры, или тоцилизумаба, или адалимумаба, или этанерцепта, или голимумаба, или абатацепта (в соответствии с назначениями врача-ревматолога) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено лечение тофацитинибом или упадацитинибом (в соответствии с назначениями врача-ревматолога) (у пациентов с активным артритом, в комбинации с генно-инженерным биологическим препаратом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено введение метотрексата или лефлуномида (в соответствии с назначениями врача-ревматолога) (у пациентов с активным артритом, в комбинации с генно-инженерным биологическим препаратом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 20. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии) | Да/Нет |
| 21. | Выполнен диспансерный прием врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 22. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяца) | Да/Нет |
| 23. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяца) | Да/Нет |
| 24. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и (или) с инфильтративными очагами в легких) | Да/Нет |
| 25. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара) | Да/Нет |
| 26. | Выполнен диспансерный прием врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 27. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции и лечение острой инфекции ротовой полости) | Да/Нет |

**13.4. Критерии оценки качества специализированной помощи детям при юношеском артрите с системным началом (код по МКБ-10: М08.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (с выполнением оценки эффективности по критериям АКРпеди или C.Wallace и безопасности терапии и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости терапии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови и исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование глюкозы в крови, исследование ферритина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование холестерина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глютамилтранспептидазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование активности панкреатической амилазы в крови, исследование активности липазы в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам с уровнем гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антистрептолизина-О в крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование гепарина в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам, получающим прямые ингибиторы фактора Ха) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), определение тромбинового времени в крови, исследование протеина С в крови, определение активности протеина S в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | крови, исследование плазминогена в крови, определение концентрации Д-димера в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, определение активности антитромбина III в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам, получающим антитромботические средства) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 9. | Выполнено исследование иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 10. | Выполнены определение антител к антигенам ядра клетки и ДНК (при установлении диагноза и (или) пациентам, получающим ингибиторы фактора некроза опухоли альфа), определение антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов PR3 (c-ANCA), антитела к миелопероксидазе (p-ANCA), определение содержания антицентромерных антител в крови, определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови, определение антител к фосфолипидам в крови, определение антител к кардиолипину в крови, определение антител к бета-2-гликопротеину в крови (при установлении диагноза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование прокальцитонина (при установлении диагноза и (или) пациентам с лихорадкой, и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и (или) пациентам, получающим ритуксимаб, и (или) пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 13. | Выполнены определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) методом полимеразной цепной реакции в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (при установлении диагноза и (или) перед назначением/коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 14. | Выполнены определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом полимеразной цепной реакции в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом полимеразной цепной реакции в крови, количественное исследование (при установлении диагноза и (или) перед | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 16. | Выполнен комплекс исследований для диагностики криопирин-ассоциированных синдромов (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено определение антигена HLA-B27 методом проточной цитофлуориметрии (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 18. | Выполнены определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови, определение антител к сальмонелле тифи (Salmonella typhi) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови, определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (Yersinia enterocolitica) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 19. | Выполнены определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (Shigella boydii) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (Shigella dysenteriae) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (Shigella sonnei) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (Shigella flexneri) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 20. | Выполнены определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (Chlamydia psittaci) в крови, определение антител к хламидии пневмонии (Chlamydophila pneumoniae) в крови, определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 22. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | препаратов) | |
| 24. | Выполнено микробиологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 25. | Выполнены микробиологическое исследование крови на стерильность, микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 26. | Выполнено исследование кальпротектина в образцах кала (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 27. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 28. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 29. | Выполнена электрокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 30. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 31. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 32. | Выполнены магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства и магнитно-резонансная томография малого таза или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 33. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 34. | Выполнена компьютерная томография сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 35. | Выполнена магнитно-резонансная томография сустава (один сустав) (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 36. | Выполнены рентгенография височно-нижнечелюстного сустава и (или) рентгенография локтевого сустава, и (или) рентгенография лучезапястного сустава, и (или) рентгенография коленного сустава, и (или) рентгенография плечевого сустава, и (или) рентгенография тазобедренного сустава, и (или) рентгенография голеностопного сустава (при наличии артрита височно-нижнечелюстного сустава, и (или) артрита локтевого сустава, и (или) артрита лучезапястного сустава, и (или) артрита коленного сустава, и (или) артрита плечевого сустава, и (или) артрита тазобедренного сустава, и (или) артрита голеностопного сустава и при невозможности выполнения компьютерной томографии сустава) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 37. | Выполнена вакцинация (профилактика пневмококковой инфекции) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 38. | Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам с фебрильной или гектической лихорадкой, и (или) с серозитом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 39. | Выполнено лечение тоцилизумабом или канакинумабом, или анакинрой, или адалимумабом, или этанерцептом, или голимумабом или абатацептом, или ритуксимабом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 40. | Выполнено лечение тофацитинибом или упадацитинибом (у пациентов с активным артритом, в комбинации с генно-инженерными биологическими препаратами) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 41. | Выполнено лечение метотрексатом или лефлуномидом (у пациентов с активным артритом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 42. | Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 43. | Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 44. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 45. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 46. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 47. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза и пациентам, получающим нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты и (или) глюкокортикоиды, и (или) пациентам с диспепсическими явлениями) | Да/Нет |
| 48. | Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и (или) пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника) | Да/Нет |
| 49. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при проведении биопсии толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 50. | Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание) | Да/Нет |
| 51. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит) | Да/Нет |
| 52. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и (или) внутригрудных, и (или) внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое, онкогематологическое заболевание, или лимфопролиферативное заболевание) | Да/Нет |
| 53. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и (или) с инфильтративными очагами в легких) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 54. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | органов) | |
| 55. | Выполнены прием (консультация) врача - детского онколога первичный и (или) прием (консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено или выявлено онкологическое, и (или) онкогематологическое, и (или) лимфопролиферативное заболевание, или метастатическое поражение) | Да/Нет |

**13.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при коксартрозе (коды по МКБ-10: M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M24.6, M24.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография тазобедренного сустава и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография тазобедренного сустава в двух проекциях после операции эндопротезирования тазобедренного сустава через 3 и 12 месяцев, а затем один раз в пять лет | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава | Да/Нет |
| 6. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |

**13.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коксартрозе (коды по МКБ-10: M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M24.6, M24.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография тазобедренного сустава и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава тотальное (при III стадии коксартроза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава | Да/Нет |
| 5. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |

**13.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гонартрозе (коды по МКБ-10: M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография коленного сустава в 2-х проекциях и (или) компьютерная томография нижней конечности, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и. противоревматическими лекарственными препаратами (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование рентгенография коленного сустава в двух проекциях в сроки 6 и 12 месяцев после перенесенной операции | Да/Нет |

**13.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гонартрозе (коды по МКБ-10: M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография коленного сустава в 2-х проекциях, и (или) компьютерная томография нижней конечности, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование-рентгенография коленного сустава в двух проекциях после операции эндопротезирования коленного сустава до выписки из стационара | Да/Нет |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (корригирующая околосуставная остеотомия бедренной и (или) большеберцовой кости при ранней или умеренно выраженной стадии заболевания у взрослого пациента или пациента детского возраста, и (или) эндопротезирование коленного сустава одномыщелковое, или эндопротезирование коленного сустава тотальное при умеренной или выраженной стадии заболевания) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии медикаментозными и немедикаментозными методами после реконструктивной органосохраняющей операции или эндопротезирования сустава | Да/Нет |

**13.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при болезни Шейермана (коды по МКБ-10: M40.0, M40.1, M40.2, M42.0, Q76.4, Q77.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены прием (консультация) невролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный, и (или) прием (консультация) кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) пульмонолога первичный, и (или) прием (консультация) педиатра первичный (при наличии осложнений основного заболевания и (или) при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография позвоночника (один отдел), и (или) магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел), и (или) топография позвоночника компьютерная оптическая | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника и (или) лечебное плавание в бассейне, и (или) массаж при заболеваниях позвоночника | Да/Нет |

**13.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Шейермана (коды по МКБ-10: M40.0, M40.1, M40.2, M42.0, Q76.4, Q77.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный, и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-пульмонолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный (при наличии осложнений основного заболевания и (или) при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография позвоночника (один отдел), и (или) магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел), и (или) топография позвоночника компьютерная оптическая | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами, и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (при неэффективности консервативной терапии, бурном прогрессировании деформации позвоночника и наличии исходно грубых деформаций) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника, и (или) лечебное плавание в бассейне, и (или) массаж при заболеваниях позвоночника | Да/Нет |

**13.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нервно-мышечном сколиозе (код по МКБ-10: M41.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | |
| 2. | Выполнены рентгенография шейного отдела позвоночника, и (или) рентгенография грудного отдела позвоночника, и (или) рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, и (или) рентгенография таза | Да/Нет |

**13.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нервно-мышечном сколиозе (код по МКБ-10: M41.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография шейного отдела позвоночника, и (или) рентгенография грудного отдела позвоночника, и (или) рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, и (или) рентгенография таза | Да/Нет |
| 3. | Выполнены электрокардиография, и (или) эхокардиография трансторакальная, и (или) холтеровское мониторирование сердечного ритма перед операцией | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография позвоночника (не менее одного отдела) (перед проведением хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена коррекция деформации позвоночника (при сколиозе более 40° по Cobb или при гиперкифозе более 50° по Cobb, или при гиперлордозе более 50° по Cobb, или при глобальном дисбалансе туловища во фронтальной и (или) сагиттальной плоскости, или при быстром прогрессировании сколиотической деформации (более 5° в год) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 7. | Выполнен диспансерный прием врача-травматолога-ортопеда | Да/Нет |

**13.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дегенеративных заболеваниях позвоночника (коды по МКБ-10: M19.8, M41.5, M42.1, M42.9, M43.1, M43.8, M46.0, M46.1, M47.0, M47.1, M47.2, M48.0, M50.0, M50.1, M50.2, M50.3, M50.8, M50.9, M51.0, M51.1, M51.2, M51.3, M53.0, M53.1, M53.2, M53.3, M53.8, M54.1, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9, M96.4, M96.8, M96.9, M99.4, M99.5, M99.6, M99.7, S33.6, G58.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена и (или) интерпретирована ранее выполненная магнитно-резонансная томография соответствующего отдела позвоночника (при невозможности выполнения магнитно-резонансной томографии - | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | компьютерная томография) пациентам с жалобами на боль в области позвоночника и (или) конечностях при отсутствии эффекта от приема нестероидных противовоспалительных и (или) противоревматических лекарственных препаратов | |
| 2. | Выполнено удаление грыжи поясничных межпозвонковых дисков пациентам, у которых корешковый болевой синдром (с наличием или без неврологического дефицита) обусловлен грыжей межпозвонкового диска, с целью уменьшения или избавления от корешкового болевого синдрома (резистентного к консервативной терапии), неврологического дефицита (нарушения двигательной и (или) чувствительной сфер) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены декомпрессия позвоночного канала на шейном уровне у пациентов с признаками радикулопатии (болевым синдромом, и (или) парезом мышц, и (или) нарушением чувствительности), и (или) миелопатии, морфологическим субстратом которых является грыжа диска, и (или) дегенеративный стеноз с целью уменьшения или избавления от корешкового болевого синдрома, и (или) неврологического дефицита, резистентного к консервативной терапии | Да/Нет |

**13.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при патологических переломах, осложняющих остеопороз (коды по МКБ-10: M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография пораженной части костного скелета, и (или) компьютерная томография кости, и (или) магнитно-резонансная томография костной ткани | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего кальция в крови, исследование ионизированного кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование креатинина в крови при установлении диагноза и (или) для коррекции дозы препаратов базисной терапии и оценки уровней маркеров ремоделирования для назначения патогенетической терапии остеопороза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего кальция в крови и (или) исследование ионизированного кальция в крови для оценки в динамике и коррекции базисной терапии через 1 месяц от начала лечения | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника | Да/Нет |
| 6. | Выполнен диспансерный прием врача-травматолога-ортопеда до заживления перелома или до формирования биологической стабилизации | Да/Нет |
| 7. | Назначена антирезорбтивная терапия при переломе проксимального | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | отдела бедренной кости дополнительно к базисной терапии через 1 - 2 месяца с момента перелома | |
| 8. | Выполнена коррекция доз препаратов базисной терапии в случае выявления признаков нарушения консолидации чрезвертельного перелома в типичный для данной локализации срок и при удовлетворительном стоянии отломков | Да/Нет |

**13.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при патологических переломах, осложняющих остеопороз (коды по МКБ-10: M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M80.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография пораженной части костного скелета и (или) компьютерная томография кости, и (или) магнитно-резонансная томография костной ткани (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего кальция в крови, исследование ионизированного кальция в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование креатинина в крови при установлении диагноза и (или) для коррекции дозы препаратов базисной терапии и оценки уровней маркеров ремоделирования для назначения патогенетической терапии остеопороза | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение кальция карбонатом + колекальциферолом или альфа-кальцидолом + кальция карбонатом, или остеогеноном и колекальциферолом, или остеогеноном и альфа-кальцидолом с первых дней после перелома, (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей и (или) лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение золедроновой кислотой или деносумабом через 1 - 2 месяца с момента перелома при переломе проксимального отдела бедренной кости или при нарушениях консолидации и удовлетворительном стоянии отломков плечевой кости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**13.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии (коды по МКБ-10: M51.1, G55.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале или числовой рейтинговой шкале, или вербальной ранговой шкале | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника или рентгенография позвоночника с функциональными пробами, или компьютерная томография позвоночника (один отдел), или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) у пациентов имеющих в анамнезе недавнюю травму спины и (или) злокачественное новообразование, и (или) текущее инфекционное или системное воспалительное заболевание, и (или) наркоманию, ВИЧ-инфекцию, иммунодепрессивное состояние, и (или) необъяснимую потерю массы тела, лихорадку | Да/Нет |

**13.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии (коды по МКБ-10: M51.1, G55.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале или числовой рейтинговой шкале или вербальной ранговой шкале | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника или рентгенография позвоночника с функциональными пробами, или компьютерная томография позвоночника (один отдел), или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) у пациентов имеющих в анамнезе недавнюю травму спины и (или) злокачественное новообразование, и (или) текущее инфекционное или системное воспалительное заболевание, и (или) наркоманию, ВИЧ-инфекцию, иммунодепрессивное состояние, и (или) необъяснимую потерю массы тела, лихорадку | Да/Нет |

**13.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при скелетно-мышечных (неспецифических) болях в нижней части спины (код по МКБ-10: M54.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале или числовой рейтинговой шкале или вербальной ранговой шкале | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника или рентгенография позвоночника с функциональными пробами, или компьютерная томография позвоночника (один отдел), или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) у пациентов имеющих в анамнезе недавнюю травму спины и (или) злокачественное новообразование, и (или) текущее инфекционное или системное воспалительное заболевание, и (или) наркоманию, ВИЧ-инфекцию, иммунодепрессивное состояние, и (или) необъяснимую потерю массы тела, лихорадку | Да/Нет |

**13.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при скелетно-мышечных (неспецифических) болях в нижней части спины (код по МКБ-10: М54.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале или числовой рейтинговой шкале или вербальной ранговой шкале | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника или рентгенография позвоночника с функциональными пробами, или компьютерная томография позвоночника (один отдел), или магнитно-резонансная томография позвоночника (один отдел) у пациентов имеющих в анамнезе недавнюю травму спины и (или) злокачественное новообразование, и (или) текущее инфекционное или системное воспалительное заболевание, и (или) наркоманию, ВИЧ-инфекцию, иммунодепрессивное состояние, и (или) необъяснимую потерю массы тела, лихорадку | Да/Нет |

**13.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остеопорозе (коды по МКБ-10: М81.0, М81.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный, или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный (с оценкой риска перелома по шкале FRAX впервые обратившихся женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый (при впервые установленном диагнозе или при неэффективности лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего кальция в крови, исследование креатинина в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника (при болевом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | синдроме в спине, при длительно некомпенсированном сахарном диабете, при снижении роста на 4 см в течение жизни или на 2 см при регулярном медицинском контроле, приеме глюкокортикоидов, при диагностированных переломах другой локализации) | |
| 5. | Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и (или) рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости, и (или) определение С-концевого телопептида в крови, и (или) исследование N-терминального пропептида проколлагена 1-го типа (P1NP) в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение бисфосфонатами (алендроновая кислота или ибандроновая кислота, или ризедроновая кислота, или золедроновая кислота) или деносумабом, или терипаратидом в сочетании с соединениями кальция и колекальциферолом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**13.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остеопорозе (коды по МКБ-10: М81.0, М81.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный, или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный (с оценкой риска перелома по шкале FRAX впервые обратившихся женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый (при впервые установленном диагнозе или при неэффективности лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование общего кальция в крови, исследование креатинина в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника (при болевом синдроме в спине, при длительно некомпенсированном сахарном диабете, при снижении роста на 4 см в течение жизни или на 2 см при регулярном медицинском контроле, приеме глюкокортикоидов, при диагностированных переломах другой локализации) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника и (или) рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости, и (или) определение С-концевого телопептида в крови, и (или) исследование N-терминального пропептида проколлагена 1-го типа (P1NP) в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение бисфосфонатами (алендроновая кислота или ибандроновая кислота, или ризедроновая кислота, или золедроновая кислота) или деносумабом, или терипаратидом в сочетании с соединениями кальция и колекальциферолом (в зависимости от | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**13.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при соматической дисфункции (коды по МКБ-10: M99.0, M99.8, M99.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-остеопата первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено оформление остеопатического заключения с указанием доминирующей соматической дисфункции | Да/Нет |
| 3. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб, анамнеза жизни | Да/Нет |
| 4. | Выполнен визуальный осмотр остеопатический и пальпация остеопатическая | Да/Нет |
| 5. | Выполнена остеопатическая коррекция соматических дисфункций в соответствии с остеопатическим заключением | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение рекомендаций по соблюдению оптимального двигательного стереотипа, рациональному питанию | Да/Нет |
| 7. | Выполнено заполнение медицинской документации (бланк "Первичный осмотр врачом-остеопатом" или бланк "Осмотр врачом-остеопатом (наблюдение в динамике)") | Да/Нет |

**13.23. Критерии оценки качества специализированной помощи взрослым и детям при соматической дисфункции (коды по МКБ-10: M99.0, M99.8, M99.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-остеопата первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено оформление остеопатического заключения с указанием доминирующей соматической дисфункции | Да/Нет |
| 3. | Выполнен сбор жалоб пациента | Да/Нет |
| 4. | Выполнен сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни | Да/Нет |
| 5. | Выполнен визуальный осмотр остеопатический и пальпация остеопатическая | Да/Нет |
| 6. | Выполнена остеопатическая коррекция соматических дисфункций в соответствии с остеопатическим заключением | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение рекомендаций по соблюдению оптимального двигательного стереотипа, рациональному питанию | Да/Нет |
| 8. | Выполнено заполнение медицинской документации (бланк "Первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | осмотр врачом-остеопатом" или бланк "Осмотр врачом-остеопатом (наблюдение в динамике)") | |

**13.24. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при системной красной волчанке (коды по МКБ-10: M32, M32.0, M32.1, M32.8, M32.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения (Да/Нет) |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога первичный (с выполнением оценки эффективности и безопасности лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-ревматолога повторный (с оценкой эффективности и безопасности лечения не реже 1 раза в 1 месяц после инициации или коррекции лечения и не реже одного раза в 3 месяца после достижения ремиссии заболевания, с оценкой необходимости направления на внеплановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом на любом этапе лечения при развитии обострения или осложнений, сопутствующих заболеваний, осложнений и (или) побочных эффектов, и (или) стойкой непереносимости лечения и направлением на плановую госпитализацию в ревматологическое отделение стационара, инициировавшего терапию генно-инженерным биологическим препаратом и (или) иммунодепрессантом через 3 месяца и 6 месяцев после инициации или коррекции терапии и далее каждые 6 месяцев и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование глюкозы в крови, исследование ферритина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови (не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование холестерина в крови (пациентам, получающим глюкокортикоиды, не реже 1 раза в 2 - 4 недели) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам с уровнем гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение антистрептолизина-О в крови (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, определение тромбинового времени в крови, определение активированного частичного тромбопластинового времени, определение концентрации Д-димера в крови (пациентам, получающим антитромботические средства, не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование гепарина в крови (пациентам, получающим прямые ингибиторы фактора Ха, не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение антител к антигенам ядра клетки и ДНК (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование иммуноглобулинов в крови (пациентам, получающим ритуксимаб, не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 13. | Выполнены общий (клинический) анализ мочи, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче (не реже 1 раза в 1 месяц) | Да/Нет |
| 14. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек, эхокардиография трансторакальная (комплексное) (пациентам, получающим противоревматические лекарственные препараты и (или) при наличии жалоб, не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) | Да/Нет |
| 16. | Выполнена электрокардиография (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 17. | Назначено лечение ибупрофеном или нимесулидом, или диклофенаком, или мелоксикамом при наличии лихорадки и (или) болевого синдрома (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено лечение гидроксихлорохином и (или) метотрексатом, или микофенолата мофетилом, или микофеноловой кислотой, или азатиоприном, или циклоспорином, или такролимусом в сочетании или без преднизолона или метилпреднизолона (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено лечение антитромботическими средствами: лекарственными препаратами из группы гепарина или прямых ингибиторов фактора Ха и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (или) антиагрегантов, кроме гепарина (пациентам с активным васкулитом, гиперкоагуляцией по данным коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) и тромбоэластографии, тромботическими осложнениями, антифосфолипидным синдромом) (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 20. | Выполнено лечение тофацитинибом (в соответствии с назначениями ревматологического стационара) (у пациентов при системной красной волчанке с поражением суставов, кожи и ее придатков) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено введение филграстима (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 22. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара при наличии офтальмологической патологии) | Да/Нет |
| 23. | Выполнен диспансерный прием врача-офтальмолога (с проведением биомикроскопии глаза, не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 24. | Выполнен прием (консультация) врача-нефролога первичный (не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара при наличии поражения почек) | Да/Нет |
| 25. | Выполнен диспансерный прием врача-нефролога (пациентам с поражением почек не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 26. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 27. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяцев) | Да/Нет |
| 28. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и (или) с инфильтративными очагами в легких) | Да/Нет |
| 29. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (пациентам с патологией ЛОР-органов, не позднее чем через 7 календарных дней после выписки из стационара) | Да/Нет |
| 30. | Выполнен диспансерный прием врача-оториноларинголога (не реже 1 раза в 3 месяца) | Да/Нет |
| 31. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога детского первичный (пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | и лечение острой инфекции ротовой полости) | |

**13.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при системной красной волчанке (коды по МКБ-10: M32, M32.0, M32.1, M32.8, M32.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения (Да/Нет) |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-ревматологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (с выполнением оценки эффективности по шкале SLEDAI и с проведением дистанционной консультации с врачом-ревматологом стационара, инициировавшего назначение терапии, всем пациентам при развитии любых признаков неэффективности и (или) непереносимости терапии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование прямого (связанного) билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование глюкозы в крови, исследование ферритина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование холестерина в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глютамилтранспептидазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности, исследование холестерина, исследование активности креатинкиназы в крови, определение активности панкреатической амилазы в крови, определение активности липазы в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование железа в крови (пациентам с уровнем гемоглобина ниже референсного значения по данным общего (клинического) анализа крови развернутого) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение антистрептолизина-О в крови (при установлении диагноза и далее при каждой госпитализации) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови (не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено проведение прямого антиглобулинового теста (прямая проба Кумбса) и непрямого антиглобулинового теста (тест Кумбса) (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 8. | Выполнено определение антител к тироглобулину в крови, определение антител к тиреопероксидазе в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам с поражением щитовидной железы) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение исследование общего тироксина в крови, исследование общего трийодтиронина в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам с поражением щитовидной железы) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 10. | Выполнены базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), определение тромбинового времени в крови, исследование протеина С в крови, определение активности протеина S в крови, исследование плазминогена в крови, определение концентрации Д-димера в крови, исследование активности и свойств фактора Виллебранда в крови, определение активности антитромбина III в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам, получающим антитромботические средства) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 11. | Выполнены определение антител к антигенам ядра клетки и ДНК, определение антител к РНК в крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение маркеров ANCA-ассоциированных васкулитов: PR3 (c-ANCA), антител к миелопероксидазе (p-ANCA), определение содержания антицентромерных антител в крови, определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови, определение антител к фосфолипидам в крови, определение антител к кардиолипину в крови, определение антител к бета-2-гликопротеину в крови, определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену в крови, исследование С3 фракции комплемента, исследование С4 фракции комплемента (при установлении диагноза и (или) перед назначением коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование иммуноглобулинов в крови (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено исследование прокальцитонина (при установлении диагноза и (или) пациентам с лихорадкой, и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено исследование популяций лимфоцитов (при установлении диагноза и (или) пациентам, получающим ритуксимаб, и (или) пациентам, часто болеющим вирусными, гнойными бактериальными инфекциями, в том числе оппортунистическими инфекциями) (не | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 15. | Выполнено определение ДНК вируса Эпштейна-Барр (Epstein-Barr virus) методом полимеразной цепной реакции в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом полимеразной цепной реакции в периферической и пуповинной крови, количественное исследование (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено определение ДНК простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) методом полимеразной цепной реакции в крови, количественное исследование (при установлении диагноза и (или) перед назначением (коррекцией) терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 18. | Выполнены определение антител к сальмонелле кишечной (Salmonella enterica) в крови, определение антител к сальмонелле тифи (Salmonella typhi) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (Yersinia pseudotuberculosis) в крови, определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (Yersinia enterocolitica) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 19. | Выполнены определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Боуди (Shigella boydii) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле дизентерии (Shigella dysenteriae) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Зонне (Shigella sonnei) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к шигелле Флекснера (Shigella flexneri) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 20. | Выполнены определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии птичьей (Chlamydia psittaci) в крови; определение антител к хламидии пневмонии (Chlamydophila pneumoniae) в крови, определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови; определение антител классов M, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | Эпштейна-Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 22. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 24. | Выполнено микробиологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 25. | Выполнены микробиологическое исследование крови на стерильность, микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии, и (или) пациентам с лихорадкой) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 26. | Выполнены общий (клинический) анализ мочи, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче (не реже 1 раза в 7 календарных дней) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 27. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 28. | Выполнено ультразвуковое исследование сустава (при наличии болей в суставе и (или) при дефигурации сустава, и (или) при ограничении движения в суставе) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 29. | Выполнена электрокардиография (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 30. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 31. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (в зависимости от | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 32. | Выполнены магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства и магнитно-резонансная томография малого таза или компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза и (или) перед назначением или коррекцией терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 33. | Выполнена пульс-терапия метилпреднизолоном (пациентам при высокой и кризовой активности системной красной волчанки и (или) опасных для жизни системных проявлениях) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 34. | Выполнено лечение гидроксихлорохином и (или) метотрексатом, или микофенолата мофетилом, или микофеноловой кислотой, или азатиоприном, или циклоспорином, или такролимусом в сочетании или без преднизолона или метилпреднизолона (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 35. | Выполнено лечение антитромботическими лекарственными препаратами: препаратами из группы гепарина или прямых ингибиторов фактора Ха и (или) антиагрегантов, кроме гепарина (пациентам с активным васкулитом, гиперкоагуляцией по данным коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) и тромбоэластографии, тромботическими осложнениями, антифосфолипидным синдромом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 36. | Выполнено лечение тофацитинибом (у пациентов при системной красной волчанке с поражением суставов, кожи и ее придатков (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 37. | Выполнено лечение циклофосфамидом с переходом на поддерживающую терапию микофенолата мофетилом или азатиоприном (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 38. | Выполнено лечение месной одновременно с введением циклофосфамида (пациентам, получающим циклофосфамид) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 39. | Выполнено лечение иммуноглобулина человека нормальным (пациентам с катастрофическим антифосфолипидным синдромом, тромбоцитопенией, распространенным поражением кожи и слизистых | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | оболочек) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 40. | Выполнено лечение ритуксимабом или белимумабом (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 41. | Выполнено лечение филграстимом (пациентам при снижении уровня лейкоцитов с абсолютным числом нейтрофилов < 1,0 х $10^9$/л) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 42. | Выполнено лечение памидроновой кислотой или алендроновой кислотой, или золедроновой кислотой, или ибандроновой кислотой (пациентам с вторичным остеопорозом) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 43. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный (с проведением биомикроскопии глаза) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 44. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный (пациентам с неврологической симптоматикой) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 45. | Выполнен прием (консультация) врача-нефролога первичный (пациентам с поражением почек) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 46. | Выполнена туберкулиновая проба или внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном рекомбинантным (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 47. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки (не реже 1 раза в 6 месяцев) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 48. | Выполнен прием (консультация) врача-фтизиатра первичный (при наличии положительной очаговой пробы и (или) внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном с туберкулином, и (или) с инфильтративными очагами в легких) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | Да/Нет |
| 49. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза и пациентам, получающим нестероидные противовоспалительные и (или) глюкокортикоиды, и (или) пациентам с диспепсическими явлениями) | Да/Нет |
| 50. | Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза и (или) пациентам с подозрением на воспалительное заболевание кишечника) | Да/Нет |
| 51. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (при проведении биопсии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | толстой кишки) (не применяется при госпитализациях только для введения генно-инженерных биологических препаратов) | |
| 52. | Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма) (при установлении диагноза или при подозрении на онкогематологическое заболевание) | Да/Нет |
| 53. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (пациентам с очагами деструкции в костях) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое заболевание или остеомиелит) | Да/Нет |
| 54. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (пациентам с выраженным увеличением размеров периферических и (или) внутригрудных, и (или) внутрибрюшных лимфатических узлов) (при установлении диагноза или при подозрении на онкологическое, онкогематологическое заболевание или лимфопролиферативное заболевание) | Да/Нет |
| 55. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (при установлении диагноза и пациентам, которым необходима санация очагов хронической инфекции или лечение острой инфекции ЛОР-органов) | Да/Нет |
| 56. | Выполнены прием (консультация) врача - детского онколога первичный и (или) прием (консультация) врача-гематолога первичный (пациентам, у которых по результатам обследования заподозрено или выявлено онкологическое и (или) онкогематологическое, и (или) лимфопролиферативное заболевание, или метастатическое поражение) | Да/Нет |

**13.26. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при идиопатическом сколиозе (коды по МКБ-10: M41, M41.0, M41.1, M41.2, M41.3, M41.8, M41.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены диагностическая рентгенография, и (или) компьютерная томография, и (или) магнитно-резонансная томография, и (или) топография позвоночника компьютерная оптическая | Да/Нет |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено диспансерное наблюдение | Да/Нет |

**13.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при идиопатическом сколиозе (коды по МКБ-10: M41, M41.0, M41.1, M41.2, M41.3, M41.8, M41.9)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены диагностическая рентгенография, и (или) компьютерная томография, и (или) магнитно-резонансная томография, и (или) топография позвоночника компьютерная оптическая | Да/Нет |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено консервативное и (или) оперативное лечение в условиях стационара (при наличии следующих показаний: сколиоз более 40° по Cobb, гиперкифоз или гиперлордоз более 50° по Cobb, глобальный дисбаланс туловища во фронтальной и (или) сагиттальной плоскости, быстрое прогрессирование сколиотической деформации более 10° в год) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена антибиотикопрофилактика при хирургическом лечении идиопатического сколиоза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена мультимодальная анальгезия после оперативного лечения, которая может включать нестероидные противовоспалительные и противоревматические лекарственные препараты и (или) парацетамол, и (или) габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения, при невозможности ее назначения - мономодальная анальгезия (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

## 14. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БОЛЕЗНЯХ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

### 14.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при атипичном гемолитико-уремическом синдроме (код по МКБ-10: N08.2*, D59.3, M31.1, N17.0, N17.1)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, подсчет количества шизоцитов в мазках крови методом световой микроскопии, исследование креатинина в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, непрямой антиглобулиновый тест (непрямая проба Кумбса), прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса), исследование гаптоглобина в крови пациенту с подозрением на тромботическую микроангиопатию | Да/Нет |
| 2. | Выполнена вакцинация против Neisseria meningitidis пациентам с атипичным гемолитико-уремическим синдромом | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ мочи, общий (клинический) анализ крови базовый, исследование креатинина в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | колориметрическим методом, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови в течение не менее 12 недель с отмены экулизумаба | |

**14.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при атипичном гемолитико-уремическом синдроме (код по МКБ-10: N08.2*, D59.3, M31.1, N17.0, N17.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, подсчет количества шизоцитов в мазках крови методом световой микроскопии, исследование креатинина в крови, исследование активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, непрямой антиглобулиновый тест (непрямая проба Кумбса), прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса), исследование гаптоглобина в крови всем пациентам с подозрением на тромботическую микроангиопатию | Да/Нет |
| 2. | Выполнены микробиологическое исследование, и (или) серологическое исследование, и (или) молекулярно-генетическое исследование кала методом полимеразной цепной реакции для выявления STEC-инфекции всем пациентам с подозрением на атипичный гемолитико-уремический синдром | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование активности ADAMTS-13 в крови методом иммуноферментного анализа всем пациентам с подозрением на атипичный гемолитико-уремический синдром | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование C3 фракции комплемента в крови, исследование C4 фракции комплемента в крови пациентам с подозрением на диагноз "атипичный гемолитико-уремический синдром" | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование содержания антицентромерных антител всем пациентам с подозрением на диагноз "атипичный гемолитико-уремический синдром" | Да/Нет |
| 6. | Выполнена плазмотерапия в виде плазмообмена в качестве терапии первой линии пациенту с подозрением на диагноз "атипичный гемолитико-уремический синдром" или рецидивом заболевания | Да/Нет |
| 7. | Выполнена трансфузия единицы плазмы крови пациентам с подозрением на диагноз "атипичный гемолитико-уремический синдром" (в случае невозможности немедленного начала плазмообмена или его недоступности) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение экулизумабом пациентам с атипичным гемолитико-уремическим синдромом | Да/Нет |
| 9. | Выполнена антибиотикопрофилактика у пациентов с атипичным гемолитико-уремическим синдромом, имеющих показания для лечения экулизумабом и не имеющих предшествующей вакцинации против менингококка | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнена плазмотерапия в течение 24 часов женщине с подозрением на гемолитико-уремический синдром, ассоциированный с беременностью | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение комплемент-блокирующей терапией препаратом экулизумаб женщине с гемолитико-уремическим синдромом, ассоциированным с беременностью при неэффективности плазмотерапии, проводимой в течение не менее 3 календарных дней | Да/Нет |

**14.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при инфекции мочевых путей (коды по МКБ-10: N10, N11, N13.6, N15.1, N30.0, N30.1, N39.0, N39.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови (при обострении, рецидивирующем течении, с осложненными формами, в случае применения групп нефротоксичных лекарственных препаратов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочевого пузыря (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при инфекции мочевых путей (коды по МКБ-10: N10, N11, N13.6, N15.1, N30.0, N30.1, N39.0, N39.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови (при обострении, рецидивирующем течении, с осложненными формами, в случае применения групп нефротоксичных лекарственных препаратов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочевого пузыря (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | оборудования, определение чувствительности к антибактериальным препаратам бактерий, выделенных из мочи (до начала антибактериальной терапии и при необходимости коррекции терапии) | |

**14.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0, N13.1, Q62.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование почек через 6 месяцев и через 12 месяцев после реконструктивного вмешательства | Да/Нет |
| 2. | Выполнена сцинтиграфия почек статическая через 1 год после реконструктивного вмешательства | Да/Нет |
| 3. | Выполнено диспансерное наблюдение врачом-урологом в течение 3 лет после реконструктивного вмешательства | Да/Нет |

**14.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0, N13.1, Q62.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено реконструктивное хирургическое вмешательство взрослым пациентам с гидронефрозом 2 - 3А стадии (классификация Н.А. Лопаткина) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено органоуносящее хирургическое вмешательство пациентам с гидронефрозом 3Б стадии (классификация Н.А. Лопаткина) | Да/Нет |

**14.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической болезни почек (коды по МКБ-10: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9, N15.9, N19, Z49.0, Z49.1, Z49.2, D63.8*, E87.2, E87.5, E21.1, E83.3, E83.5, E83.8, N25.0, E89.2, E43, E44)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование почек пациенту с подозрением на хроническую болезнь почек | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование креатинина в крови для последующего определения скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом пациентам с хронической болезнью почек С1-С5 или у лиц с подозрением на хроническую болезнь почек | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование альбумина в моче и исследование общего белка в суточной моче, или определение альбумина или протеинурии в моче, и исследование креатинина в моче с определением альбумин-креатининового соотношения расчетным методом в моче у пациентов с хронической болезнью почек или факторами риска хронической болезни | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | почек | |
| 4. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) анализ крови расширенный, исследование концентрации общего гемоглобина в крови, определение среднего содержания гемоглобина в эритроцитах автоматизированным методом и определение средней концентрации гемоглобина в эритроцитах автоматизированным методом, определение размеров эритроцитов в крови ручным методом, исследование количества ретикулоцитов в крови автоматизированным методом, исследование количества лейкоцитов в крови автоматизированным методом, подсчет лейкоцитарной формулы в мазке крови, исследование железа в крови, исследование ферритина в крови, расчет коэффициента насыщения трансферрина железом в крови, исследование кала на скрытую кровь качественное или исследование кала на скрытую кровь методом иммунохроматографического анализа всем пациентам с установленным диагнозом хроническая болезнь почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование натрия в крови; исследование калия в крови всем пациентам с установленным диагнозом хроническая болезнь почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови всем пациентам с установленным диагнозом хроническая болезнь почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование альбумина в крови всем пациентам с установленным диагнозом хроническая болезнь почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование триглицеридов в крови всем пациентам с установленным диагнозом хроническая болезнь почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование мочевой кислоты в крови всем пациентам с установленным диагнозом хроническая болезнь почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование неорганического фосфора в крови, исследование общего кальция в крови, исследование паратиреоидного гормона в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови всем пациентам с установленным диагнозом хроническая болезнь почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 12. | Выполнена эхокардиография трансторакальная пациентам с хронической болезнью почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 13. | Выполнено ультразвуковое исследование околощитовидных желез пациентам с хронической болезнью почек с прогрессирующим гиперпаратиреозом при хронической болезни почек С5Д | Да/Нет |
| 14. | Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов к ангиотензину II, и (или) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | ингибиторами натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа | |
| 15. | Выполнено лечение аналогами глюкагоноподобного пептида-1 и (или) финереноном (пациентам с хронической болезнью почек и сахарным диабетом 2 типа со скоростью клубочковой фильтрации > 25 мл/мин/1,73 м$^2$) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено применение раствора с противомикробными средствами (медицинское изделие, раствор для закрытия катетера с целью предупреждения и снижения частоты осложнений при работе с катетером для гемодиализа для осуществления долгосрочного сосудистого доступа (двухпросветного манжеточного туннельного катетера, "перманентного") у пациентов с хронической болезнью почек С5Д | Да/Нет |
| 17. | Выполнено использование диализаторов, для изготовления которых использованы биосовместимые (синтетические) мембраны, во всех случаях проведения процедур гемодиализа или гемодиафильтрации | Да/Нет |
| 18. | Выполнено использование сверхчистой диализирующей жидкости во всех случаях проведения процедур гемодиализа или гемодиафильтрации с применением высокопоточных диализных мембран | Да/Нет |
| 19. | Выполнен контроль функции перитонеальной мембраны с использованием теста перитонеального равновесия (через 6 недель после начала лечения перитонеальным диализом или раз в 6 месяцев, или после перенесенного перитонита) у пациентов с хронической болезнью почек С5, получающих лечение перитонеальным диализом | Да/Нет |

**14.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической болезни почек (коды по МКБ-10: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9, N15.9, N19, Z49.0, Z49.1, Z49.2, D63.8*, E87.2, E87.5, E21.1, E83.3, E83.5, E83.8, N25.0, E89.2, E43, E44)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование почек пациенту с подозрением на хроническую болезнь почек | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование креатинина в крови для последующего расчета скорости клубочковой фильтрации пациентам с хронической болезнью почек С1-С5 или у лиц с подозрением на хроническую болезнь почек | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование альбумина в моче и исследование общего белка в суточной моче или определение альбумина или протеинурии в моче, и исследование креатинина в моче с определением альбумин-креатининового соотношения расчетным методом в моче у пациентов с хронической болезнью почек или факторами риска хронической болезни почек | Да/Нет |
| 4. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) анализ крови расширенный, исследование концентрации общего гемоглобина в крови, определение среднего содержания гемоглобина в эритроцитах автоматизированным методом и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | определение средней концентрации гемоглобина в эритроцитах автоматизированным методом, определение размеров эритроцитов в крови ручным методом, исследование количества ретикулоцитов в крови автоматизированным методом, исследование количества лейкоцитов в крови автоматизированным методом, подсчет лейкоцитарной формулы в мазке крови, исследование железа в крови; исследование ферритина в крови, расчет коэффициента насыщения трансферрина железом в крови, исследование кала на скрытую кровь качественное или исследование кала на скрытую кровь методом иммунохроматографического анализа всем пациентам с установленным диагнозом "хроническая болезнь почек" С3-С5Д | |
| 5. | Выполнены исследование натрия в крови, исследование калия в крови всем пациентам с установленным диагнозом "хроническая болезнь почек" С3-С5Д | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови всем пациентам с установленным диагнозом "хроническая болезнь почек" С3-С5Д | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование альбумина в крови всем пациентам с установленным диагнозом "хроническая болезнь почек" С3-С5Д | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование триглицеридов в крови всем пациентам с установленным диагнозом "хроническая болезнь почек" С3-С5Д | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование мочевой кислоты в крови всем пациентам с установленным диагнозом "хроническая болезнь почек" С3-С5Д | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование неорганического фосфора в крови, исследование общего кальция в крови, исследование паратиреоидного гормона в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови всем пациентам с установленным диагнозом "хроническая болезнь почек" С3-С5Д | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 12. | Выполнена эхокардиография трансторакальная пациентам с хронической болезнью почек С3-С5Д | Да/Нет |
| 13. | Выполнено ультразвуковое исследование околощитовидных желез пациентам с хронической болезнью почек с прогрессирующим гиперпаратиреозом при хронической болезни почек С5Д | Да/Нет |
| 14. | Выполнена толстоигольная биопсия почки чрескожным доступом под контролем ультразвукового исследования с прижизненным патолого-анатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала пациентам с хронической болезнью почек С1-С5 со стойкой необъяснимой протеинурией > 0,5г/сут, и (или) гематурией, и (или) сниженной скоростью клубочковой фильтрации | Да/Нет |
| 15. | Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | фермента или антагонистом рецепторов к ангиотензину II и (или) ингибиторами натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа | |
| 16. | Выполнено лечение аналогами глюкагоноподобного пептида-1 и (или) финереноном (пациентам с хронической болезнью почек и сахарным диабетом 2 типа со скоростью клубочковой фильтрации > 25 мл/мин/1,73 м$^2$) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено применение раствора с противомикробными средствами (медицинское изделие, раствор для закрытия катетера с целью предупреждения и снижения частоты осложнений при работе с катетером для гемодиализа для осуществления долгосрочного сосудистого доступа (двухпросветного манжеточного туннельного катетера, "перманентного") у пациентов с хронической болезнью почек С5Д | Да/Нет |
| 18. | Выполнено использование диализаторов, для изготовления которых использованы биосовместимые (синтетические) мембраны, во всех случаях проведения процедур гемодиализа или гемодиафильтрации | Да/Нет |
| 19. | Выполнено использование сверхчистой диализирующей жидкости во всех случаях проведения процедур гемодиализа или гемодиафильтрации с применением высокопоточных диализных мембран | Да/Нет |
| 20. | Выполнен контроль функции перитонеальной мембраны с использованием теста перитонеального равновесия (через 6 недель после начала лечения перитонеальным диализом или раз в 6 месяцев, или после перенесенного перитонита) у пациентов с хронической болезнью почек С5, получающих лечение перитонеальным диализом | Да/Нет |

**14.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при хронической болезни почек (коды по МКБ-10: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9.**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ мочи, исследование альбумина в моче и исследование белка в моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование почечных артерий | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-нефролога первичный и (или) прием (консультация) врача-педиатра первичный с измерением массы тела, измерением длины тела | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование общего белка, исследование альбумина в крови, исследование щелочной фосфатазы в крови, исследование активности альфа-амилазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование С-реактивного белка в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови, исследование общего кальций в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование железа в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование триглицеридов в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом | |
| 6. | Выполнено исследование паратиреоидного гормона в крови (при хронической болезни почек стадии С3-С5Д - 1 раз в 3 месяца) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Назначено суточное мониторирование артериального давления пациентам старше 5 лет с хронической болезни почек 4 - 5 стадии 1 раз в 6 - 12 месяцев и детям с хронической болезнью почек 1 - 3 стадии при выявлении эпизодов подъема артериального давления и (или) изменений сердца (гипертрофии миокарда, расширения аорты) по данным эхокардиографии | Да/Нет |
| 9. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 10. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный и офтальмоскопия | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при хронической болезни почек С3-С5) | Да/Нет |

**14.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при хронической болезни почек (коды по МКБ-10: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ мочи, исследование альбумина в моче и определение белка в моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование почечных артерий | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование общего белка, исследование альбумина в крови, исследование щелочной фосфатазы в крови, исследование активности альфа-амилазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование С-реактивного белка в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови, исследование общего кальций в крови, исследование неорганического фосфора в крови, исследование железа в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование триглицеридов | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | в крови, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом | |
| 5. | Выполнено исследование паратиреоидного гормона в крови (при хронической болезни почек стадии С3-С5Д - 1 раз в 3 месяца) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнено суточное мониторирование артериального давления пациентам старше 5 лет с хронической болезни почек 4 - 5 ст. 1 раз в 6 - 12 месяцев и детям с хронической болезни почек 1 - 3 ст. при выявлении эпизодов подъема артериального давления и (или) изменений сердца (гипертрофии миокарда, расширения аорты) по данным эхокардиографии | Да/Нет |
| 8. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 9. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога первичный и офтальмоскопия | Да/Нет |
| 10. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-нефрологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала на нефрологических койках в стационарных условиях или ежедневный осмотр врачом-педиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях и прием (консультация) врача-нефролога первичный | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при хронической болезни почек С3-С5) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография верхней конечности и (или) рентгенография нижней конечности (при признаках костно-минеральных нарушений у пациентов с хронической болезни почек стадии С3-С5Д) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови и исследование соматомедина А (инсулиноподобного фактора роста II) в крови (при задержке роста, перед началом лечением соматропином) | Да/Нет |
| 14. | Выполнен перитонеальный диализ или гемодиализ, или гемодиализ интермиттирующий высокопоточный, или гемодиализ интермиттирующий низкопоточный, или гемодиализ интермиттирующий продленный, или гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией, или гемодиализ продолжительный (при хронической болезни почек стадии С5Д) | Да/Нет |

**14.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ-10: N20, N20.0, N20.1, N20.2, N20.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования и определение чувствительности к антибактериальным препаратам бактерий, выделенных из мочи (если не выполнено на амбулаторном этапе в течение 2-х месяцев до госпитализации) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение антибактериальных лекарственных препаратов перед хирургическим вмешательством | Да/Нет |

**14.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ-10: N20, N20.0, N20.1, N20.2, N20.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнено (исследование креатинина в крови) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования и определение чувствительности к антибактериальным препаратам бактерий, выделенных из мочи (если не выполнено на амбулаторном этапе в течение 2-х месяцев до госпитализации) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря | Да/Нет |
| 6. | Выполнена катетеризация мочеточника трансуретральным эндоскопическим доступом или нефростомия чрескожным доступом пациентам при гидронефрозе с обструкцией почки и мочеточника камнем, некупируемой почечной колике и признаками мочевой инфекции | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение антибактериальных лекарственных препаратов перед хирургическим вмешательством | Да/Нет |

**14.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ-10: N20, N21, N22, N23, E79.8, E79.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнены исследование фосфора в суточной моче, исследование общего кальция в суточной моче, исследование мочевой кислоты в суточной моче, определение объема мочи, микроскопическое исследование осадка мочи (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочеточников и ультразвуковое исследование мочевого пузыря (при установлении диагноза, далее - в соответствии с порядком диспансерного наблюдения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение диетического питания | Да/Нет |

**14.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ-10: N20, N21, N22, N23, E79.8, E79.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование фосфора в суточной моче, исследование кальция в суточной моче, исследование мочевой кислоты в суточной моче, определение объема мочи, микроскопическое исследование осадка мочи (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочеточников и ультразвуковое исследование мочевого пузыря (при установлении диагноза и интраоперационно) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение диетического питания | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование общего кальция в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови (при установлении диагноза) | Да/Нет |

**14.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при цистите у женщин (коды по МКБ-10: N30.0, N30.1, N30.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб у всех пациентов | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи при осложненном и рецидивирующем цистите | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования, и определение чувствительности к антибактериальным препаратам бактерий, выделенных из мочи при рецидивирующем (хроническом) цистите | |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря у пациентов с циститом с подозрением на восходящую инфекцию (гипертермия тела свыше 38,0 градусов Цельсия, боли в поясничной области при пальпации почек) | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами при остром и рецидивирующем (хроническом) цистите | Да/Нет |

**14.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при цистите у женщин (коды по МКБ-10: N30.0, N30.1, N30.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб у всех пациентов | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи при осложненном и рецидивирующем цистите | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования, и определение чувствительности к антибактериальным препаратам бактерий, выделенных из мочи при рецидивирующем (хроническом) цистите | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря у пациентов с циститом с подозрением на восходящую инфекцию (гипертермия тела свыше 38,0 градусов Цельсия, боли в поясничной области при пальпации почек) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами при остром и рецидивирующем (хроническом) цистите | Да/Нет |

**14.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей (коды по МКБ-10: N31.0, N31.1, N31.2, N31.8, N31.9, G83.4, G95.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб, в том числе включающий в себя информацию о начале неврологического заболевания, появлении урологических симптомов с акцентом на ранее имевшиеся или сохраняющиеся симптомы, включая функцию мочеиспускания, кишечника, сексуальную функцию | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено заполнение дневника мочеиспусканий и проведен его анализ у пациентов с сохраненным мочеиспусканием | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение лекарственной терапии ургентного недержания мочи и гиперактивности детрузора | Да/Нет |

**14.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей (коды по МКБ-10: N31.0, N31.1, N31.2, N31.8, N31.9, G83.4, G95.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб, в том числе включающий в себя информацию о начале неврологического заболевания, появлении урологических симптомов с акцентом на ранее имевшиеся или сохраняющиеся симптомы, включая функцию мочеиспускания, кишечника, сексуальную функцию | Да/Нет |
| 2. | Выполнено заполнение дневника мочеиспусканий и проведен его анализ у пациентов с сохраненным мочеиспусканием | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка рефлексов в урогенитальной зоне, в особенности бульбокавернозного рефлекса и анального рефлекса | Да/Нет |
| 4. | Выполнено комплексное уродинамическое исследование | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение периодической катетеризации мочевого пузыря пациентам, которые не могут полностью опорожнить мочевой пузырь, проведено обучение пациента самостоятельной катетеризации мочевого пузыря | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение ботулинического токсина в детрузор мочевого пузыря при ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах | Да/Нет |

**14.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при стриктуре уретры (коды по МКБ-10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, N32.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена уретрография ретроградная | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ (клинический) мочи общий | Да/Нет |
| 3. | Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование почек, ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи для оценки сопутствующей патологии | Да/Нет |

**14.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при**

**стриктуре уретры (коды по МКБ-10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, N32.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена уретрография ретроградная | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ (клинический) мочи общий | Да/Нет |
| 3. | Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование почек, ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи для оценки сопутствующей патологии | Да/Нет |
| 5. | Выполнена уретрография через 7 - 28 календарных дней после операции | Да/Нет |
| 6. | Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) с целью оценки эффективности лечения | Да/Нет |

**14.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при недержании мочи (коды по МКБ-10: N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб, проанализированы принимаемые для сопутствующих заболеваний лекарственные препараты, которые могут приводить к недержанию мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин) с кашлевым тестом | Да/Нет |
| 3. | Выполнен контроль заполнения пациентом 3-дневного дневника мочеиспусканий | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение консервативной поведенческой терапии, в том числе изменению диеты, образа жизни, тренировка мочевого пузыря, а также тренировка мышц тазового дна | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение средств для лечения учащенного мочеиспускания и недержания мочи | Да/Нет |

**14.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при недержании мочи (коды по МКБ-10: N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб, проанализированы принимаемые для сопутствующих заболеваний лекарственные препараты, которые могут приводить к недержанию мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин) с кашлевым тестом | Да/Нет |
| 3. | Выполнен контроль заполнения пациентом 3-дневного дневника мочеиспусканий | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнено комплексное уродинамическое исследование в следующих случаях: когда результаты могут изменить выбор лечения, при нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей, при рецидивах недержания мочи после хирургических операций по устранению недержания, в случае осложненного недержания мочи | Да/Нет |
| 7. | Выполнена цистоскопия при гематурии, боли в мочевом пузыре, рецидивном недержании мочи, при подозрении на наличие урогенитальных свищей и экстрауретрального недержания мочи | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение консервативной поведенческой терапии, в том числе изменению диеты, образа жизни, тренировка мочевого пузыря, а также тренировка мышц тазового дна | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекс в детрузор мочевого пузыря при ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах | Да/Нет |
| 10. | Выполнена операция с применением субуретрального синтетического слинга женщинам, страдающим неосложненным стрессовым недержанием мочи, в качестве альтернативного хирургического метода для лечения стрессового недержания мочи у женщин рекомендуется выполнение кольпосуспензии (операции Берча) или операции с применением аутологичного фасциального слинга, при отсутствии эффекта от консервативной терапии (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена операция с применением субуретрального слинга или искусственного сфинктера уретры, при отсутствии эффекта от консервативной терапии при ее продолжительности не менее 12 месяцев, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний мужчинам, страдающим стрессовым недержанием мочи | Да/Нет |

**14.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (код по МКБ-10: N40)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка симптомов нижних мочевых путей с использованием шкалы IPSS | Да/Нет |
| 3. | Выполнено пальцевое исследование предстательной железы трансректальное | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование простатспецифического антигена общего в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследования предстательной железы трансабдоминальное | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследования мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи | Да/Нет |
| 8. | Выполнена измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) | Да/Нет |
| 9. | Назначена консервативная терапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (код по МКБ-10: N40)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка симптомов нижних мочевых путей с использованием шкалы IPSS | Да/Нет |
| 3. | Выполнено пальцевое исследование предстательной железы трансректальное | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование простатоспецифического антигена общего в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследования предстательной железы трансабдоминальное | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследования мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи | Да/Нет |
| 8. | Выполнена измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено хирургическое лечение (при неэффективности консервативного лечения) | Да/Нет |

**14.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при мужском бесплодии (код по МКБ-10: N46)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнена спермограмма (базовое исследование эякулята, включая определение объема эякулята, концентрации сперматозоидов, общего числа сперматозоидов, долей подвижных сперматозоидов, доли нормальных форм сперматозоидов и концентрации круглых клеток, определение доли живых сперматозоидов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование фолликулостимулирующего гормона в крови и исследование общего тестостерона в крови пациентам с азооспермией и олигозооспермией | Да/Нет |
| 5. | Выполнено цитогенетическое исследование (кариотип) пациентам с азооспермией и олигозооспермией (< 10 млн сперматозоидов в 1 мл) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение делеций в AZF локусе Y хромосомы в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени пациентам с азооспермией и олигозооспермией (< 5 млн сперматозоидов в 1 мл) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение мутаций в гене CFTR в крови пациентам с врожденным одно- и двусторонним отсутствием семявыносящих протоков | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное пациентам с азооспермией и олигоспермией | Да/Нет |
| 10. | Выполнено предоставление рекомендаций, направленных на снижение влияния факторов риска развития репродуктивной дисфункции | Да/Нет |

**14.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при мужском бесплодии (код по МКБ-10: N46)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено извлечение сперматозоидов хирургическим путем методами чрескожной аспирации сперматозоидов из придатка яичка, чрескожной аспирации сперматозоидов из яичка, экстракции сперматозоидов из яичка, микрохирургической экстракции сперматозоидов из яичка, микрохирургической аспирации и (или) экстракции сперматозоидов из придатка яичка с целью их применения с использованием вспомогательных тепродуктивных технологий в условиях, позволяющих произвести криоконсервацию сперматозоидов у бесплодных мужчин с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | азооспермией | |

**14.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при доброкачественной дисплазии молочной железы (коды по МКБ-10: N60.0, N60.1, N60.2, N60.3, N60.4, N60.8, N60.9, N62, N63, N64.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены визуальный осмотр молочных (грудных) желез и пальпация молочных (грудных) желез | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез и (или) рентгенография молочной железы - маммография (с заключением по классификации BI-RADS и ACR (A-D) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено дополнительное обследование (ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез, магнитно-резонансная томография молочных желез с внутривенным контрастированием или томография молочных желез цифровая - томосинтез) при повышенной маммографической плотности C и D | Да/Нет |
| 4. | Назначена лекарственная терапия для купирования масталгии | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография молочной железы - маммография при наличии у пациента узловых образований в молочных железах | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление женщины на консультацию врача-онколога при наличии признаков или подозрения на наличие злокачественное новообразование молочной железы (BI-RADS4-5) | Да/Нет |

**14.28. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при доброкачественной дисплазии молочной железы (коды по МКБ-10: N60.0, N60.1, N60.2, N60.3, N60.4, N60.8, N60.9, N62, N63, N64.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены визуальный осмотр молочных (грудных) желез и пальпация молочных (грудных) желез | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез и (или) рентгенография молочной железы - маммография (с заключением по классификации BI-RADS и ACR (A-D) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено дополнительное обследование пациента - ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез, магнитно-резонансная томография молочных желез с внутривенным контрастированием или томография молочных желез цифровая - томосинтез) при повышенной маммографической плотности C и D | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография молочной железы - маммография при наличии у пациента узловых образований в молочных железах | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено направление пациента на консультацию врача-онколога при наличии признаков или подозрения на наличие злокачественное новообразование молочной железы (BI-RADS4-5) | Да/Нет |

**14.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при воспалительных болезнях женских тазовых органов (коды по МКБ-10: N70, N71, N73)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен визуальный осмотр наружных женских половых органов, физикальное обследование (осмотр кожного покрова, придатков кожи и видимых слизистых оболочек; измерение температуры тела, измерение частоты сердечных сокращений, измерение частоты дыхания, пальпация живота, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микроскопическое исследование мазка из влагалища | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 6. | Выполнено микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови женщинам с подозрением на тубоовариальный абсцесс и (или) при нарушении менструального цикла для исключения эктопической беременности | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение антибактериальной терапии | Да/Нет |
| 9. | Выполнено хирургическое лечение при наличии гнойного тубоовариального образования и (или) отсутствии эффекта от проводимой лекарственной терапии | Да/Нет |

**14.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при воспалительных болезнях женских тазовых органов (коды по МКБ-10: N70, N71, N73)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен визуальный осмотр наружных половых органов, физикальное | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | обследование (осмотр кожного покрова, придатков кожи и видимых слизистых оболочек; измерение температуры тела, измерение частоты сердечных сокращений, измерение частоты дыхания, пальпация живота, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование) | |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микроскопическое исследование мазка из влагалища | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 6. | Выполнено микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови женщинам с подозрением на тубооваариальный абсцесс и (или) при нарушении менструального цикла для исключения эктопической беременности | Да/Нет |
| 8. | Выполнена антибактериальная терапия | Да/Нет |
| 9. | Выполнено хирургическое лечение при наличии гнойного тубооваариального образования и (или) отсутствии эффекта от проводимой лекарственной терапии | Да/Нет |

**14.31. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезнях бартолиновой железы (код по МКБ-10: N75)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен визуальный осмотр наружных женских половых органов и бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены микроскопическое исследование мазка из влагалища, и (или) микробиологическое исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования при абсцессе бартолиновой железы | Да/Нет |
| 4. | Выполнена антибактериальная терапия при абсцессе бартолиновой железы при наличии факторов риска рецидивирования, признаков | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | системного воспаления | |

**14.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях бартолиновой железы (код по МКБ-10: N75)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен визуальный осмотр наружных женских половых органов и бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены микроскопическое исследование мазка из влагалища, и (или) микробиологическое исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, или микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования при абсцессе бартолиновой железы | Да/Нет |
| 4. | Выполнена антибактериальная терапия при абсцессе бартолиновой железы при наличии факторов риска рецидивирования, признаков системного воспаления | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение абсцесса бартолиновой железы | Да/Нет |

**14.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при эндометриозе (код по МКБ-10: N80)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами для купирования болевого синдрома | Да/Нет |

**14.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эндометриозе (код по МКБ-10: N80)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами для купирования болевого синдрома | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение при отсутствии эффекта от ранее проведенного консервативного лечения или при наличии показаний к | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | хирургическому лечению | |

**14.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при ректоцеле (код по МКБ-10: N81.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный (с наружным осмотром области промежности и заднего прохода и с трансректальным пальцевым исследованием | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-колопроктолога (с оценкой качества жизни с применением опросников (после оперативного лечения через 6 и 12 месяцев) | Да/Нет |
| 3. | Назначено потребление адекватного количества жидкости и пищевых волокон (для нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта и устранения запоров) | Да/Нет |

**14.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ректоцеле (код по МКБ-10: N81.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование эвакуаторной функции прямой кишки (дефекофлоуметрия) или рентгенография прямой кишки с ретроградным контрастированием функциональная (дефекография) (при установлении диагноза или после хирургического лечения через 6 и 12 месяцев) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено хирургическое лечение (при отсутствии эффективности консервативного лечения) | Да/Нет |

**14.37. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при ректовагинальном свище (код по МКБ-10: N82.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный и (или) прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный, и (или) прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки или магнитно-резонансная томография малого таза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена сфинктерометрия (при признаках недостаточности анального сфинктера) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена обработка раневых поверхностей растворами антисептиков (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | противопоказаний) | |
| 5. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.38. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при полипах эндометрия (код по МКБ-10: N84.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |

**14.39. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипах эндометрия (код по МКБ-10: N84.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 3. | Выполнена полипэктомия эндометрия гистероскопическим доступом и биопсия матки гистероскопическим доступом | Да/Нет |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) | Да/Нет |

**14.40. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гиперплазии эндометрия (коды по МКБ-10: N85.0, N85.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Назначено гормональное лечение при гиперплазии эндометрия без атипии | Да/Нет |

**14.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гиперплазии эндометрия (коды по МКБ-10: N85.0, N85.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала матки (эндометрия) для оценки излеченности гиперплазии эндометрия | Да/Нет |

**14.42. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при цервикальной интраэпителиальной неоплазии, эрозии, эктропионе шейки матки (коды по МКБ-10: N86, N87, N88.0, N88.1, N88.2, N88.4, N88.8).**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата соскоба шейки матки и цервикального канала | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение ДНК вируса папилломы человека (Human papillomavirus) высокого и низкого канцерогенного риска в отделяемом слизистой цервикального канала | Да/Нет |
| 3. | Выполнена расширенная кольпоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биопсия шейки матки, прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала для установления диагноза | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление на прием (консультацию) врача-онколога при выявлении злокачественных новообразований | Да/Нет |

**14.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при цервикальной интраэпителиальной неоплазии, эрозии, эктропионе шейки матки (коды по МКБ-10: N86, N87, N88.0, N88.1, N88.2, N88.4, N88.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена расширенная кольпоскопия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена биопсия шейки матки, прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала для установления диагноза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена петлевая электроэксцизия шейки матки трансвагинальным доступом или конизация шейки матки ножевая трансвагинальным доступом, или конизация шейки матки радиоволновым методом трансвагинальным доступом | Да/Нет |
| 4. | Выполнено раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено направление на прием (консультацию) врача-онколога при выявлении злокачественных новообразований | Да/Нет |

**14.44. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при бактериальном вагинозе (код по МКБ-10: N89)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено подтверждение диагноза тремя из 4-х критериев Amsel (выделения из влагалища гомогенные, беловато-серые, с неприятным запахом, pH вагинального отделяемого > 4,5, положительный результат аминотеста, наличие "ключевых" клеток) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение клиндамицином или метронидазолом, или тинидазолом | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-дерматовенеролога повторный | Да/Нет |

**14.45. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при выпадении женских половых органов (коды по МКБ-10: N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8, N81.9, N99.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Выполнены визуальный осмотр наружных женских половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |

**14.46. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при выпадении женских половых органов (коды по МКБ-10: N81.0, N81.1, N81.2, N81.3, N81.4, N81.5, N81.6, N81.8, N81.9, N99.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Выполнены визуальный осмотр наружных женских половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |

**14.47. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аменорее и олигоменорее (коды по МКБ-10: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5, N92.5, E28.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина в моче методом иммунохроматографического анализа или исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование фолликулостимулирующего гормона в крови, исследование лютеинизирующего гормона в крови, исследование пролактина в крови и исследование тиреотропного гормона в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего тестостерона в крови, исследование свободного тестостерона в крови, исследование глобулина, связывающего половые гормоны, в крови (для расчета индекса свободных андрогенов), исследование дегидроэпиандростерона сульфата в крови, исследование 17-гидроксипрогестерона в крови пациенту с нормогонадотропной аменореей при подозрении на гиперандрогению | Да/Нет |
| 5. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга при подозрении на опухоль гипофиза | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-диетолога женщинам с функциональной гипоталамической аменореей для коррекции рациона и восстановления массы тела | Да/Нет |
| 7. | Назначена заместительная гормональная терапия | Да/Нет |

**14.48. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аменорее и олигоменорее (коды по МКБ-10: N91, N91.0, N91.1, N91.2, N91.3, N91.4, N91.5, N92.5, E28.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено удаление дисгенетичных гонад открытым доступом или удаление дисгенетичных гонад лапароскопическим доступом пациентке с наличием Y хромосомы в кариотипе | Да/Нет |

**14.49. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аномальных маточных кровотечениях (коды по МКБ-10: N92, N93, N95)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови, общий (клинический) анализ крови базовый, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование ферритина в крови у пациенток с аномальными маточными кровотечениями | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено микроскопическое исследование мазка из влагалища у пациенток с аномальными маточными кровотечениями | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |

**14.50. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аномальных маточных кровотечениях (коды по МКБ-10: N92, N93, N95)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови, общий (клинический) анализ крови базовый, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование ферритина в крови у пациенток с аномальными маточными кровотечениями | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микроскопическое исследование мазка из влагалища у пациенток с аномальными маточными кровотечениями | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биопсия матки гистероскопическим доступом или раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала (при возможности под контролем гистероскопии) при подозрении на патологию эндометрия | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |

**14.51. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при менопаузе и климактерическом состоянии у женщины (коды по МКБ-10: N95.1; N95.2; N95.3; N95.8; N95.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение уровня фолликулостимулирующего гормона в крови у женщин до 45 лет с менопаузальными симптомами при наличии затруднений при определении стадии репродуктивного старения, а также при аменорее или нерегулярных менструациях | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование тиреотропного гормона в крови в случае наличия затруднений при определении стадии репродуктивного старения и для дифференциальной диагностики причин олигоменореи и (или) аменореи, атипичных вазомоторных симптомов, нарушений сна, быстрой утомляемости, колебаний веса | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография молочной железы - маммография в 2 проекциях с оценкой по системе BI-RADS и ACR женщинам в возрасте 40 лет или старше и (или) ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата соскоба шейки матки и цервикального канала с окраской по Папаниколау и определение определение ДНК вируса папилломы человека (Human papillomavirus) высокого канцерогенного риска в отделяемом слизистой цервикального канала | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение минеральной плотности кости при помощи денситометрии рентгеновской поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии при наличии переломов в анамнезе и (или) наличии факторов риска остеопороза, и (или) среднего (промежуточного) риска остеопоротических переломов по FRAX | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование 25-ОН витамина D в крови при наличии переломов в анамнезе и (или) наличии факторов риска остеопороза и при ожирении | Да/Нет |
| 8. | Выполнено дополнительное обследование перед назначением менопаузальной гормональной терапии: измерение артериального давления на периферических артериях, общий (клинический) анализ крови базовый, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование гликированного гемоглобина в крови, исследование общего белка в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего холестерина в крови, исследование холестерина липопротеинов низкой плотности расчетным методом, исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови, исследование триглицеридов в крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 9. | Выполнена колоноскопия перед назначением менопаузальной гормональной терапии женщинам при соответствующих данных анамнеза | Да/Нет |
| 10. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) в крови перед назначением менопаузальной гормональной терапии женщинам при соответствующих данных анамнеза | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение полиморфизма G20210A протромбина в гене F2 фактора свертывания II в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, определение полиморфизма G1691A (Arg506Gln) в гене F5 фактора свертывания V (фактор Лейдена) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени перед назначением менопаузальной гормональной терапии женщинам при соответствующих данных анамнеза | Да/Нет |
| 12. | Выполнено мониторирование эффективности лечения и выявление нежелательных эффектов на фоне менопаузальной гормональной терапии через 1 - 2 месяца после начала лечения, каждые 6 месяцев в течение первого года терапии и 1 раз в год в последующем | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 13. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез женщинам до 40 лет | |

**14.52. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при женском бесплодии (коды по МКБ-10: N97 (N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.8, N97.9), N98.0, N98.2, N98.3, N98.8, N98.9, Z31.1, Z31.2, Z31.3, Z31.4, Z31.5, Z31.6, Z31.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (для установления диагноза и перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено направление на микроскопическое исследование мазка из влагалища (для установления диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микроскопическое исследование мазка из влагалища (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено направление на определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции (для установления диагноза) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление на исследование тиреотропного гормона в крови (для установления диагноза) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление на определение антител к тиреопероксидазе в крови (для установления диагноза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено направление на исследование пролактина в крови (на 2 - 5 день менструального цикла при наличии менструального цикла, либо независимо от дня менструального цикла при аменорее) (для установления диагноза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1,2/Ag p24) в крови качественное (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови качественное или определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (Hepatitis B virus) в крови качественное (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | |
| 11. | Выполнено качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено определение антител IgG к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови и определение антител IgM к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 15. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 16. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование глюкозы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 17. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено цитологическое исследование микропрепарата соскоба шейки матки и цервикального канала или цитологическое исследование микропрепарата соскоба шейки матки и цервикального канала методом жидкостной цитологии (с окраской по Папаниколау) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено исследование фолликулостимулирующего гормона в крови (при нарушении менструального цикла, на 2 - 5 день менструального цикла при наличии менструального цикла, либо независимо от дня менструального цикла при аменорее), (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий (не относится к программе переноса размороженного эмбриона (эмбрионов) или перед внутриматочной инсеминацией с индукцией овуляции) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 20. | Выполнено исследование антимюллерова гормона в крови (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий (не относится к программе переноса размороженного эмбриона (эмбрионов) или перед внутриматочной инсеминацией с индукцией овуляции) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков (в раннюю фолликулярную фазу цикла при наличии менструального цикла, либо независимо от дня менструального цикла при аменорее) (для установления диагноза) | Да/Нет |
| 22. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков или ультразвуковое исследование матки и придатков с ультразвуковой фолликулометрией (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено направление на гистероскопию (при подозрении на внутриматочную патологию по данным ультразвукового исследования матки и придатков) (для установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 24. | Выполнено направление на лапароскопию диагностическую (при подозрении на наличие гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения) (для установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 25. | Выполнена флюорография грудной клетки или рентгенография грудной клетки обзорная (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 26. | Выполнена электрокардиография (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 27. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез (в 1-й фазе менструального цикла при регулярном ритме менструаций, либо независимо от дня менструального цикла при олиго-аменорее) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 28. | Выполнена рентгенография молочной железы - маммография (у женщин 40 лет и старше) (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 29. | Выполнено ультразвуковая фолликулометрия во время овариальной стимуляции (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в случае проведения овариальной стимуляции) | Да/Нет |
| 30. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков перед переносом эмбрионов и во время переноса эмбриона (эмбрионов) (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий) | Да/Нет |
| 31. | Выполнено направление на прием (консультация) врача-уролога первичный партнера женщины (для установления диагноза) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 32. | Выполнен прием (консультация) врача-уролога первичный партнера женщины (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий (не относится к программе переноса размороженного эмбриона (эмбрионов) или перед внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 33. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный (перед программой вспомогательных репродуктивных технологий или перед внутриматочной инсеминацией) | Да/Нет |
| 34. | Назначено лечение бесплодия с использованием программ вспомогательных репродуктивных технологий после неэффективного лечения бесплодия консервативным или хирургическим методами | Да/Нет |
| 35. | Выполнена индивидуальная подборка протокола овариальной стимуляции с учетом возраста и овариального резерва, риска развития синдрома гиперстимуляции яичников и особенностей предыдущих циклов овариальной стимуляции (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в случае овариальной стимуляции, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 36. | Выполнена пункция фолликулов яичников трансвагинальным доступом через 34 - 38 часов после введения гонадотропина хорионического или хориогонадотропина альфа, или бусерелина, или гозерелина, или трипторелина (в случае их созревания, при овариальной стимуляции, на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в условиях дневного стационара) (не относится к программе переноса размороженного эмбриона (эмбрионов) и внутриматочной инсеминации) | Да/Нет |
| 37. | Выполнен перенос эмбриона (эмбрионов) в полость матки или перенос размороженного (размороженных) эмбриона (эмбрионов) в полость матки (не более 2-х эмбрионов через 48 - 144 часа после получения и оплодотворения ооцитов (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в условиях дневного стационара в случае проведения переноса эмбрионов) | Да/Нет |
| 38. | Выполнено назначение лекарственных препаратов прогестерона или дидрогестерона (для поддержания посттрансферного периода) (после переноса эмбриона (эмбрионов) или переноса размороженного (размороженных) эмбриона (эмбрионов) на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий) | Да/Нет |
| 39. | Выполнено назначение лекарственных препаратов прогестерона или дидрогестерона после внутриматочной инсеминации | Да/Нет |

**14.53. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при женском бесплодии (коды по МКБ-10: N97 (N97.0, N97.1, N97.2, N97.3, N97.4, N97.8, N97.9), N98.0, N98.2, N98.3, N98.8, N98.9, Z31.1, Z31.2, Z31.3, Z31.4, Z31.5, Z31.6, Z31.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена гистероскопия (при подозрении на внутриматочную патологию по данным ультразвукового исследования органов малого | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | таза) (для установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 2. | Выполнена лапароскопия диагностическая (при подозрении на наличие гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения) (для установления диагноза, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена индивидуальная подборка протокола овариальной стимуляции с учетом возраста и овариального резерва, риска развития синдрома гиперстимуляции яичников и особенностей предыдущих циклов овариальной стимуляции (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в случае овариальной стимуляции, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена пункция фолликулов яичников трансвагинальным доступом через 34 - 38 часов после введения гонадотропина хорионического или хориогонадотропина альфа, или бусерелина, или гозерелина, или трипторелина (в случае их созревания, при овариальной стимуляции, на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в условиях дневного стационара) (не относится к программе переноса размороженного эмбриона (размороженных эмбрионов) и внутриматочной инсеминации) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен перенос эмбриона (эмбрионов) в полость матки или перенос размороженного (размороженных) эмбриона (эмбрионов) в полость матки (не более 2-х эмбрионов через 48 - 144 часа после получения и оплодотворения ооцитов (на этапе проведения программы вспомогательных репродуктивных технологий в условиях дневного стационара в случае проведения переноса эмбрионов) | Да/Нет |

**14.54. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при синдроме гиперстимуляции яичников (код по МКБ-10: N98.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с визуальным осмотром наружных половых органов и осмотром шейки матки в зеркалах, с оценкой факторов риска синдрома гиперстимуляции яичников) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено направление на исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено направление на базовую коагулограмму (ориентировочное | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование системы гемостаза). | |
| 5. | Выполнено направление на исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление на общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 8. | Выполнено направление на прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 9. | Назначена эластическая компрессия нижних конечностей | Да/Нет |
| 10. | Выполнено назначение лекарственных препаратов группы гепарина в профилактических дозах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.55. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме гиперстимуляции яичников (код по МКБ-10: N98.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-акушером-гинекологом, с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 12. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный | Да/Нет |
| 13. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 14. | Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный | Да/Нет |
| 15. | Выполнена эластическая компрессия нижних конечностей | Да/Нет |
| 16. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы гепарина в профилактических дозах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено лечение 0,9% раствором натрия хлорида (внутривенное введение) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.56. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при воспалительных заболеваниях молочных желез (коды по МКБ-10: N61, N64.0, P39.0, O91, O91.0, O91.1, O91.2, O92.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены визуальный осмотр молочных (грудных) желез и пальпация молочных (грудных) желез | Да/Нет |
| 2. | Выполнено взятие мазка-отпечатка отделяемого из соска молочной железы у пациенток с наличием выделений из соска молочных желез | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез пациенту детского возраста | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез взрослому пациенту с воспалительными заболеваниями молочных желез при подозрении на наличие абсцесса молочной железы, новообразования молочной железы, подозрении на специфический (туберкулезный, идиопатический гранулематозный) мастит, отсутствии эффекта от лечения | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез пациенту при проведении диагностической и терапевтической тонкоигольной аспирационной биопсии | Да/Нет |
| 6. | Выполнено микроскопическое исследование с окраской по Граму и микробиологическое исследование с определением чувствительности к антибактериальным препаратам отделяемого из молочных желез или образца жидкости из абсцесса молочной железы детям в возрасте до 2 месяцев с маститом | Да/Нет |
| 7. | Выполнено микробиологическое исследование грудного молока на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование грудного молока на | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования для выбора и коррекции антибактериальной терапии при мастите | |
| 8. | Выполнены микроскопическое исследование с окраской по Граму и микробиологическое исследование отделяемого из молочных желез или материала, полученного при тонкоигольной аспирационной (пункционной) биопсии, с определением чувствительности к антибактериальным препаратам у пациенток с воспалительным заболеванием молочных желез и отсутствием эффекта от лечения антибактериальными лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 9. | Назначены антибактериальные лекарственные препараты пациентам с маститом | Да/Нет |
| 10. | Назначена терапия кортикостероидами системного действия у взрослых пациентов с идиопатическим гранулематозным маститом с множественными поражениями диаметром более 5 см, двусторонними поражениями, значительным изъязвлением кожи, свищами | Да/Нет |
| 11. | Выполнено консультирование, обучение пациентов грудному вскармливанию, уходу за молочными железами, сосками, самомассажу, сцеживанию | Да/Нет |
| 12. | Выполнено направление на прием (консультацию) к врачу-фтизиатру для обследования и лечения при туберкулезном мастите | Да/Нет |

**14.57. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при воспалительных заболеваниях молочных желез (коды по МКБ-10: N61, N64.0, P39.0, O91, O91.0, O91.1, O91.2, O92.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены визуальный осмотр молочных (грудных) желез и пальпация молочных (грудных) желез | Да/Нет |
| 2. | Выполнено взятие мазка-отпечатка отделяемого из соска молочной железы при наличии выделений из соска молочных желез | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез пациенту детского возраста | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез взрослому пациенту с воспалительными заболеваниями молочных желез при подозрении на наличие абсцесса молочной железы, новообразования молочной железы, подозрении на специфический (туберкулезный, идиопатический гранулематозный) мастит, отсутствии эффекта от лечения | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез при проведении диагностической и терапевтической тонкоигольной аспирационной биопсии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнена тонкоигольная аспирационная (пункционная) биопсия под контролем ультразвукового исследования без контрастирования при отсутствии выделений из соска или наличии жидкостного образования (у пациента с нелактационным маститом) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено микроскопическое исследование с окраской по Граму и микробиологическое исследование с определением чувствительности к антибактериальным препаратам отделяемого из молочных желез или образца жидкости из абсцесса молочной железы детям в возрасте до 2 месяцев с маститом | Да/Нет |
| 8. | Выполнено микробиологическое исследование грудного молока на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование грудного молока на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования для выбора и коррекции антибактериальной терапии при мастите | Да/Нет |
| 9. | Выполнены микроскопическое с окраской по Граму и микробиологическое исследование отделяемого из молочных желез или материала, полученного при тонкоигольной аспирационной (пункционной) биопсии, с определением чувствительности к антибактериальным препаратам у пациенток с воспалительным заболеванием молочных желез и отсутствием эффекта от лечения антибактериальными лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 10. | Выполнена антибактериальная терапия у пациента с маститом | Да/Нет |
| 11. | Выполнена терапия кортикостероидами системного действия у взрослых пациентов с идиопатическим гранулематозным маститом с множественными поражениями диаметром более 5 см, двусторонними поражениями, значительным изъязвлением кожи, свищами | Да/Нет |
| 12. | Выполнено хирургическое лечение у пациента с осложнениями мастита (формирование абсцесса или свища) при неэффективности консервативного лечения | Да/Нет |
| 13. | Выполнено хирургическое лечение у пациента с идиопатическим гранулематозным маститом при отсутствии эффекта от консервативного лечения, при рецидивирующем течении, при наличии абсцессов, свищей и язв | Да/Нет |
| 14. | Выполнено консультирование, обучение пациента грудному вскармливанию, уходу за молочными железами, сосками, самомассажу, сцеживанию | Да/Нет |
| 15. | Выполнено направление на прием (консультацию) к врачу-фтизиатру для обследования и лечения при туберкулезном мастите | Да/Нет |

**14.58. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дисменорее (коды по МКБ-10: N94.0, N94.4, N94.5, N94.6, N94.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 2. | Назначена медикаментозная терапия дисменореи | Да/Нет |
| 3. | Выполнено направление на хирургическое лечение при неэффективности консервативного лечения или при выявлении органической причины дисменореи | Да/Нет |

**14.59. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при предменструальном синдроме (коды по МКБ-10: N94.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка проспективной регистрации пациенткой симптомов предменструального синдрома в течение не менее чем 2 - 3 последовательных циклов (менструальный календарь и (или) дневник симптомов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен визуальный осмотр наружных женских половых органов и влагалищное исследование | Да/Нет |
| 4. | Выполнен визуальный осмотр молочных (грудных) желез и пальпация молочных (грудных) желез | Да/Нет |
| 5. | Выполнено измерение окружности талии, расчет индекса массы тела | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 7. | Выполнено обследование молочных желез: визуальный осмотр молочных (грудных) желез, пальпация молочных (грудных) желез, рентгенография молочной железы - маммография в двух проекциях с оценкой по системе BI-RADS и ACR (A-D), и (или) ультразвуковое исследование молочных (грудных) желез | Да/Нет |
| 8. | Выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости) женщинам, длительно применяющим агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (более 6 месяцев) | Да/Нет |
| 9. | Назначено лечение лекарственными препаратами и (или) немедикаментозное лечение симптомов предменструального синдрома | Да/Нет |

**14.60. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при стриктуре уретры (коды по МКБ-10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, Q64.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи | |
| 3. | Выполнено заполнение дневника мочеиспускания (у пациента с сохранным актом мочеиспускания) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) (у пациента после перенесенного оперативного вмешательства на катамнестическом обследовании, при возможности мочеиспускания по команде) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи (у пациента после перенесенного оперативного вмешательства на катамнестическом обследовании) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено заполнение дневника мочеиспускания (у пациента после перенесенного оперативного вмешательства на катамнестическом обследовании, у пациентов с сохранным актом мочеиспускания) | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (у пациента после перенесенного оперативного вмешательства на катамнестическом обследовании) | Да/Нет |

**14.61. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при стриктуре уретры (коды по МКБ-10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, Q64.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнены ультразвуковое исследование почек и ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи | Да/Нет |
| 3. | Выполнено заполнение дневника мочеиспускания (у пациентов с сохранным актом мочеиспускания) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено измерение скорости потока мочи (урофлоуметрия) (у пациентов, у которых возможно мочеиспускание по команде) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена цистография микционная (при технической возможности катетеризации мочеиспускательного канала) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена уретрография ретроградная (у пациентов, у которых цистография микционная не выполнена или не информативна) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена уретроскопия (у пациентов, у которых необходимо уточнить степень обструкции) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено уточнение клинико-анатомического варианта для обоснования выбора тактики лечения | Да/Нет |
| 9. | Выполнено хирургическое лечение (у пациентов с клинически значимой стриктурой уретры по данным сформулированного диагноза при отсутствии общих противопоказаний к оперативному вмешательству) | Да/Нет |

**14.62. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гломерулярных болезнях: иммуноглобулин А-нефропатии (коды по МКБ-10: N00.1, N00.3, N00.4, N00.7, N00.8, N01.1, N01.3, N01.4, N01.7, N01.8, N02.1, N02.3, N02.4, N02.7, N02.8, N03.1, N03.3, N03.4, N03.7, N03.8, N04.1, N04.3, N04.4, N04.7, N04.8, N06.1, N06.3, N06, N06.7, N06.8, N08.2, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче и микроскопическое исследование осадка мочи, не реже 2 раз в год | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение ингибитора ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов к ангиотензину II (пациентам с протеинурией > 0,5 г/сутки) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение глюкокортикоидами (пациентам с персистирующей протеинурией > 1 г/сутки и гематурией (при неэффективности неиммуносупрессивной ренопротективной терапии) | Да/Нет |

**14.63. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гломерулярных болезнях: иммуноглобулин А-нефропатии (коды по МКБ-10: N00.1, N00.3, N00.4, N00.7, N00.8, N01.1, N01.3, N01.4, N01.7, N01.8, N02.1, N02.3, N02.4, N02.7, N02.8, N03.1, N03.3, N03.4, N03.7, N03.8, N04.1, N04.3, N04.4, N04.7, N04.8, N06.1, N06.3, N06.4, N06.7, N06.8, N08.2, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов к ангиотензину II (пациентам с протеинурией > 0,5 г/сутки) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение глюкокортикоидами (пациентам с персистирующей протеинурией > 1 г/сутки и гематурией (при неэффективности неиммуносупрессивной ренопротективной терапии) | Да/Нет |

**14.64. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при гломерулярных болезнях: фокально-сегментарном гломерулосклерозе (коды по МКБ-10: N00.1, N01.1, N02.1, N03.1, N04.1, N05.1, N06.1, N07.1, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование креатинина в крови, определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом, общий (клинический) анализ мочи, исследование общего белка в суточной моче или исследование альбумина в суточной моче | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено назначение ингибитора ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов ангиотензина-II пациенту с протеинурией | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение в качестве первой линии терапии преднизолона (метилпреднизолона) или ингибитора кальциневрина в комбинации с преднизолоном (метилпреднизолоном) пациенту с первичным фокально-сегментарным склерозом и нефротическим синдромом | Да/Нет |

**14.65. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при гломерулярных болезнях: фокально-сегментарном гломерулосклерозе (коды по МКБ-10: N00.1, N01.1, N02.1, N03.1, N04.1, N05.1, N06.1, N07.1, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование креатинина в крови, определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом, общий (клинический) анализ мочи, исследование общего белка в суточной моче или исследование альбумина в суточной моче | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование лекарственных препаратов в крови в первый месяц подбора дозы препарата или при ее коррекции в сторону повышения пациенту, получающему лечение циклоспорином или такролимусом | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение прямым ингибитором фактора Ха для профилактики и лечения тромбоэмболических осложнений при хронической болезни почек С1-С4 и нефротическом синдроме с уровнем альбумина < 25г/л в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов ангиотензина-П пациенту с протеинурией | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение в качестве первой линии терапии преднизолоном (метилпреднизолоном) или ингибитором кальциневрина в комбинации с преднизолоном (метилпреднизолоном) пациенту с первичным фокально-сегментарным гломерулосклерозом и нефротическим синдромом | Да/Нет |

**14.66. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при энурезе (коды по МКБ-10: N31.9, N39, N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32, F98.0, G96.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 2. | Назначено лечение десмопрессином при нейрофункциональных формах энуреза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.67. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при энурезе (коды по МКБ-10: N31.9, N39, N39.3, N39.4, N39.8, N39.9, R32, F98.0, G96.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение десмопрессином при нейрофункциональных формах энуреза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.68. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при камнях нижних отделов мочевых путей (коды по МКБ-10: N21.0, N21.1, N21.8, N21.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнены микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования и определение чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам бактерий, выделенных из мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнены ультразвуковое исследование мочевого пузыря и ультразвуковое исследование мочеиспускательного канала | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |
| 8. | Выполнена компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря | Да/Нет |

**14.69. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при камнях нижних отделов мочевых путей (коды по МКБ-10: N21.0, N21.1, N21.8, N21.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевой кислоты в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования, и определение чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам бактерий, выделенных из мочи | Да/Нет |
| 6. | Выполнены ультразвуковое исследование мочевого пузыря и ультразвуковое исследование мочеиспускательного канала | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |
| 8. | Выполнена компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря | Да/Нет |
| 9. | Выполнено хирургическое лечение по поводу камней нижних мочевых путей | Да/Нет |

**14.70. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при кисте почки (коды по МКБ-10: N28.1, Q61.0, Q61.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |

**14.71. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при кисте почки (коды по МКБ-10: N28.1, Q61.0, Q61.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография почек с внутривенным контрастированием (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.72. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при почечной колике (коды по МКБ-10: N23, N13.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-уролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования (при наличии признаков инфекционно-воспалительного процесса) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря или ультразвуковое исследование почек и рентгенография почек, мочеточников, мочевого пузыря с внутривенным контрастированием (урография экскреторная) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты и (или) метамизола натрия, или лекарственных препаратов группы анальгетики | Да/Нет |

**14.73. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при почечной колике (коды по МКБ-10: N23, N13.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-уролога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 5. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования (при наличии признаков инфекционно-воспалительного процесса) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря или ультразвуковое исследование почек и рентгенография почек, мочеточников, мочевого пузыря с внутривенным контрастированием (урография экскреторная) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты и (или) метамизола натрия, или лекарственных препаратов группы анальгетики | Да/Нет |
| 8. | Выполнено дренирование верхних мочевыводящих путей (нефростомия, установка стента в мочевыводящие пути) (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течение 12 часов) или дистанционная литотрипсия и (или) трансуретральная уретеролитотрипсия в течение 24 часов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских противопоказаний) | |
| 9. | Выполнена контрольная обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) при проведении дренирования верхних мочевыводящих путей или оперативного лечения | Да/Нет |

**14.74. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при урогенитальных свищах (коды по МКБ-10: N82, N82.0, N82.1, N82.9, N36.0, N32.1, N32.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр пациента в гинекологическом кресле | Да/Нет |
| 3. | Выполнена цистоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря женщине с урогенитальными свищами и подозрением или наличием сочетанной травмы мочеточника | Да/Нет |

**14.75. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при урогенитальных свищах (коды по МКБ-10: N82, N82.0, N82.1, N82.9, N36.0, N32.1, N32.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен физикальный осмотр пациента в гинекологическом кресле | Да/Нет |
| 3. | Выполнена цистоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография почек, мочеточников, мочевого пузыря женщине с урогенитальными свищами и подозрением или наличием сочетанной травмы мочеточника | Да/Нет |
| 6. | Выполнена катетеризация мочеточника трансуретральным эндоскопическим доступом или стентирование мочеточника трансуретральным эндоскопическим доступом при точечных урогенитальных свищах | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ушивание уретрального свища открытым доступом (фистулопластика) или удаление некротизированных тканей (некрэктомия), снятие кожных швов, или удаление лигатур, мочевых | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | камней из влагалища и мочевого пузыря | |

**14.76. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при остром пиелонефрите (коды по МКБ-10: N10, N13.6, N15.1, N39.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый на этапе диагностики | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ (клинический) мочи общий на этапе диагностики | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования, определение чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам бактерий, выделенных из мочи | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование почек пациентам с осложненным течением острого пиелонефрита | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.77. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром пиелонефрите (коды по МКБ-10: N10, N13.6, N15.1, N39.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый на этапе диагностики | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ (клинический) мочи общий на этапе диагностики | Да/Нет |
| 3. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования, определение чувствительности к антибактериальным лекарственным препаратам бактерий, выделенных из мочи | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование почек пациентам с осложненным течением острого пиелонефрита | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**14.78. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0, N13.1, Q62.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование почек через 6 и 12 месяцев после реконструктивного вмешательства | Да/Нет |
| 2. | Выполнена сцинтиграфия статическая почек через 12 месяцев после реконструктивного вмешательства | Да/Нет |
| 3. | Выполнено диспансерное наблюдение врачом-урологом в течение 3 лет после реконструктивного вмешательства | Да/Нет |

**14.79. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0, N13.1, Q62.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено реконструктивное хирургическое вмешательство детям с гидронефрозом III - IV степени (SFU) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено реконструктивное хирургическое вмешательство детям с гидронефрозом 2 - 3 А стадии (классификация Н.А. Лопаткина) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено органоуносящее хирургическое вмешательство пациентам с гидронефрозом 3Б стадии (классификация Н.А. Лопаткина) | Да/Нет |

**14.80. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гломерулярных болезнях: иммуноглобулин А-нефропатии (коды по МКБ-10: N00.1, N00.3, N00.4, N00.7, N00.8, N01.1, N01.3, N01.4, N01.7, N01.8, N02.1, N02.3, N02.4, N02.7, N02.8, N03.1, N03.3, N03.4, N03.7, N03.8, N04.1, N04.3, N04.4, N04.7, N04.8, N06.1, N06.3, N06.4, N06.7, N06.8, N08.2, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено назначение ингибитора ангиотензинпревращающего фермента или антагониста рецепторов к ангиотензину II при отсутствии противопоказаний ребенку с иммуноглобулин А нефропатией и протеинурией > 0,2 г/сутки (или при отношении альбумин (креатинин) 200 мг/г (0,2 мг/мг или 20 мг/ммоль) | Да/Нет |

**14.81. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гломерулярных болезнях: иммуноглобулин А-нефропатии (коды по МКБ-10: N00.1, N00.3, N00.4, N00.7, N00.8, N01.1, N01.3, N01.4, N01.7, N01.8, N02.1, N02.3, N02.4, N02.7, N02.8, N03.1, N03.3,**

**N03.4, N03.7, N03.8, N04.1, N04.3, N04.4, N04.7, N04.8, N06.1, N06.3, N06.4, N06.7, N06.8, N08.2, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка выраженности морфологических изменений по критериям MEST-C (Оксфордская классификация IgAN) при обнаружении в биоптате почки у ребенка с нефритическим синдромом преобладающих депозитов IgA | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение ингибитором ангиотензинпревращающего фермента или антагонистом рецепторов к ангиотензину II при отсутствии противопоказаний ребенку с иммуноглобулин А нефропатией и протеинурией > 0,2 г/сутки (или при отношении альбумин (креатинин) 200 мг/г (0,2 мг/мг или 20 мг/ммоль) | Да/Нет |

## 15. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

### 15.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при внематочной (эктопической) беременности (коды по МКБ-10: O00, O08)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены пальпация живота, перкуссия живота, аускультация живота и бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови (при диагностике) | Да/Нет |

### 15.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при внематочной (эктопической) беременности (коды по МКБ-10: O00, O08)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены пальпация живота, перкуссия живота, аускультация живота и бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови (при диагностике) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови (после хирургического лечения при сохранении маточной трубы) (через 7 календарных дней после оперативного лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение или консервативное лечение (в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**15.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при выкидыше (самопроизвольном аборте) (коды по МКБ-10: O02 (O02.0 - O02.9), O03 (O03.0 - O03.1, O03.3 - O03.6, O03.8 - O03.90, O05 (O05.0 - O05.1, O05.3 - O05.6, O05.8 - O05.9), O20 (O20.0 - O20.9), N85.3, N85.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах и бимануальным влагалищным исследованием) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено направление на повторное исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови через 48 часов (при беременности неуточненной локализации) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено направление на определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции (при угрожающем выкидыше) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков (до 9 недель 6 дней беременности) или ультразвуковое исследование плода (с 10 недель 0 дней беременности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление на повторное ультразвуковое исследование матки и придатков через 7 - 10 календарных дней (при подозрении на неразвивающуюся беременность) | Да/Нет |
| 6. | Назначен дидрогестерон или прогестерон (при угрожающем выкидыше до 20 недель 0 дней беременности, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков (через 7 - 14 календарных дней после выкидыша) | Да/Нет |

**15.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при выкидыше (самопроизвольном аборте) (коды по МКБ-10: O02 (O02.0 - O02.9), O03 (O03.0 - O03.1, O03.3 - O03.6, O03.8 - O03.90, O05 (O05.0 - O05.1, O05.3 - O05.6, O05.8 - O05.9), O20 (O20.0 - O20.9), N85.3, N85.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах и бимануальным влагалищным исследованием) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено повторное исследование хорионического гонадотропина | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (свободная бета-субъединица) в крови через 48 часов (при беременности неуточненной локализации) | |
| 3. | Выполнено определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции (при угрожающем выкидыше, при инфицированном выкидыше) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (до 9 недель 6 дней беременности) или ультразвуковое исследование плода (с 10 недель 0 дней беременности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление на повторное ультразвуковое исследование матки и придатков через 7 - 10 календарных дней (при подозрении на неразвивающуюся беременность) | Да/Нет |
| 6. | Назначен дидрогестерон или прогестерон (при угрожающем выкидыше до 20 недель 0 дней беременности, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена вакуум-аспирация полости матки трансвагинальным доступом (при неполном выкидыше, неразвивающейся беременности и инфицированном выкидыше) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено патолого-анатомическое исследование материала ранних и поздних выкидышей или прижизненное патолого-анатомическое исследование материала неразвивающихся беременностей, или прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала плаценты (полученного при вакуум-аспирации содержимого полости матки) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при инфицированном выкидыше, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при хирургическом вмешательстве) (при неразвивающейся беременности или неполном выкидыше, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (при резус(D) отрицательной принадлежности крови пациентки, беременной от партнера с резус(D) положительной принадлежностью крови, при отсутствии резус(D)-изоиммунизации) (в течение 72 часов после первого приема мизопростола или хирургического лечения, и (или) при наличии признаков отслойки хориона или плаценты, и (или) при наличии кровяных выделений из матки) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков (через 7 - 14 календарных дней после выкидыша) | Да/Нет |

**15.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при преэклампсии. Эклампсии. Отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, в родах и послеродовом периоде (коды по МКБ-10: O10 (O10.0, O10.1, O10.2, O10.3, O10.4, O10.90, O11, O12 (O12.0, O12.1, O12.20, O13, O14 (O14.0, O14.1, O14.9), O15 (O15.0, O15.2, O15.9), O16)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и исследование пульса | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче (при подозрении на преэклампсию) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено подсчет количества тромбоцитов в окрашенных мазках крови или исследование количества тромбоцитов в крови автоматизированным методом (при подозрении на преэклампсию) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена кардиотокография плода (с 26 недель беременности) (при умеренной преэклампсии) (1 раз в неделю) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антигипертензивными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преэклампсии. Эклампсии. Отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, в родах и послеродовом периоде (коды по МКБ-10: O10 (O10.0, O10.1, O10.2, O10.3, O10.4, O10.90, O11, O12 (O12.0, O12.1, O12.20, O13, O14 (O14.0, O14.1, O14.9), O15 (O15.0, O15.2, O15.9), O16)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и исследование пульса | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование белка в моче (при подозрении на преэклампсию) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено подсчет количества тромбоцитов в окрашенных мазках крови или исследование количества тромбоцитов в крови автоматизированным методом (при подозрении на преэклампсию) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена кардиотокография плода (с 26 недель беременности) (при умеренной преэклампсии) (1 раз в неделю) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антигипертензивными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена инфузия магния сульфата (профилактика ранней послеродовой эклампсии) (в течение 24 часов во время и по окончании | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | родоразрешения) | |
| 7. | Выполнена госпитализация беременной пациентки в палату интенсивной терапии (при артериальном давлении $\geq$ 160/110 мм рт. ст.) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденного дексаметазоном или бетаметазоном (перед родоразрешением в сроке с 24 недель 0 дней до 33 недель 6 дней беременности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена выжидательная тактика ведения (при умеренной преэклампсии и гестационной артериальной гипертензии) (с 24 недель 0 дней до 33 недель 6 дней беременности) | Да/Нет |

**15.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при венозных осложнениях во время беременности и послеродовом периоде. Акушерской тромбоэмболии (коды по МКБ-10: O22, O87, O88)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений с внесением в первичную медицинскую документацию (при первом посещении врача - акушера-гинеколога, на раннем сроке беременности или до беременности) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен скрининг на тромбофилии (через 12 недель после эпизода венозных тромбоэмболических осложнений) вне антикоагулянтной и гормональной терапии | Да/Нет |

**15.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при венозных осложнениях во время беременности и послеродовом периоде. Акушерской тромбоэмболии (коды по МКБ-10: O22, O87, O88)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений с внесением в первичную медицинскую документацию (повторно) (при родоразрешении и в послеродовом периоде) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен скрининг на тромбофилии (через 12 недель после эпизода венозных тромбоэмболических осложнений) вне антикоагулянтной и гормональной терапии | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое компрессионное дуплексное ангиосканирование (при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение низкомолекулярными гепаринами (во время беременности и в послеродовом периоде в течение 6 недель после родоразрешения) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено лечение варфарином (пациентке с механическими клапанами сердца и высоким риском венозных тромбоэмболических осложнений) | Да/Нет |

**15.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при инфекции мочевых путей при беременности (коды по МКБ-10: O23, O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.9, O86.2, O86.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый и анализ крови биохимический общетерапевтический (беременной с острым пиелонефритом) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при инфекции мочевых путей при беременности (коды по МКБ-10: O23, O23.0, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.9, O86.2, O86.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 2. | Выполнено микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование почек (беременной с острым пиелонефритом) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый и анализ крови биохимический общетерапевтический (беременной с острым пиелонефритом) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при привычном выкидыше (коды по МКБ-10: O26.2, N96)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено направление на цитогенетическое исследование (кариотипирование) (на прегравидарном этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено направление на определение антител к кардиолипину в крови (на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено направление на определение антител к бета-2-гликопротеину в крови (на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено направление на исследование волчаночного антикоагулянта в крови клоттинговым методом с разведенным ядом гадюки Рассела (скрининговый тест) (на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление на исследование тиреотропного гормона в крови (на прегравидарном этапе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление на определение антител к тиреопероксидазе в крови (на прегравидарном этапе) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление на исследование глюкозы в крови (на прегравидарном этапе) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови базовый (на прегравидарном этапе) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено направление на исследование ферритина в крови (на прегравидарном этапе) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено направление на определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции (на прегравидарном этапе или при первом визите во время беременности) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование матки и придатков (на прегравидарном этапе) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено направление на ультразвуковое определение длины шейки матки (с 15 - 16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1 - 2 недели) | Да/Нет |
| 13. | Назначен дидрогестерон или прогестерон (до 20 недель беременности, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Назначены лекарственные препараты группы гепарина с установления факта маточной беременности на протяжении всей беременности и 6 | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | недель послеродового периода (при антифосфолипидном синдроме, при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**15.12. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при многоплодной беременности (коды по МКБ-10: O30 (O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9), O31 (O31.0, O31.1, O31.2, O31.80, O32.5, O33.7, O43.0, O63.2, O84, O84.0 (O84.1, O84.2, O84.8, O84.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение срока беременности (в 1 триместре) (при раннем обращении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена диагностика многоплодной беременности (в 1 триместре) (при раннем обращении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено направление на скрининг анеуплоидий (пациентки с двойней) (в 1 триместре) (при обращении до 13 недель 6 дней беременности) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение препаратов прогестерона (при укорочении шейки матки менее 25 мм) | Да/Нет |

**15.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при многоплодной беременности (коды по МКБ-10: O30 (O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9), O31 (O31.0, O31.1, O31.2, O31.80, O32.5, O33.7, O43.0, O63.2, O84, O84.0 (O84.1, O84.2, O84.8, O84.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение срока беременности (в 1 триместре) (при раннем обращении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена диагностика многоплодной беременности (в 1 триместре) (при раннем обращении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение препаратов прогестерона (при укорочении шейки матки менее 25 мм) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена профилактика респираторного дистресс-синдрома плодов (при повышенном тонусе матки, укорочении шейки матки, открытии наружного зева) | Да/Нет |

**15.14. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевом, лобном или подбородочном предлежании плода, требующем предоставления медицинской помощи матери (коды по МКБ-10: O33 (O33.0, O33.1, O33.2, O33.3, O33.4, O33.5, O33.6, O33.8, O33.9), O65 (O65.0, O65.1, O65.2, O65.3, O65.4, O65.5, O65.8, O65.9), O32.3, O64.2, O64.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен расчет предполагаемой массы плода | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пельвиметрия | Да/Нет |

**15.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевом, лобном или подбородочном предлежании плода, требующем предоставления медицинской помощи матери (коды по МКБ-10: O33 (O33.0, O33.1, O33.2, O33.3, O33.4, O33.5, O33.6, O33.8, O33.9), O65 (O65.0, O65.1, O65.2, O65.3, O65.4, O65.5, O65.8, O65.9), O32.3, O64.2, O64.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен расчет предполагаемой массы плода | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пельвиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка вида предлежания и степени сгибания головки плода (при влагалищном исследовании в активной фазе 1 периода и (или) 2 периоде родов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено кесарево сечение (экстренное родоразрешение) при установлении диагноза клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери | Да/Нет |

**15.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при послеоперационном рубце на матке, требующем предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде (коды по МКБ-10: O34.2, O75.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп | Да/Нет |
| 2. | Выполнена катетеризация кубитальной и других периферических вен (роженице при начале родовой деятельности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена непрерывная кардиотокография плода при ведении родов через естественные родовые пути (в родах) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков или ручное обследование полости матки послеродовое (в раннем послеродовом периоде) | Да/Нет |

**15.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при истмико-цервикальной недостаточности (коды по МКБ-10: O34.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога повторный (с осмотром шейки матки в зеркалах 1 раз в 4 недели после наложения швов на шейку матки (серкляже)) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено направление на исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено направление на микроскопическое исследование мазка из влагалища (при первичном обращении и после установления акушерского разгружающего пессария 1 раз в месяц) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление на определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских половых органов методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление на ультразвуковое определение длины шейки матки с кратностью 1 раз в 1 - 2 недели (с 15 - 16 до 24 недель беременности) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) или при интактных плодных оболочках выполнено наложение швов на шейку матки (серкляж) (серкляж - в стационарных условиях) пациентке с одноплодной беременностью (с преждевременными родами или поздним выкидышем в анамнезе) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) пациентке с многоплодной беременностью (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено назначение прогестерона вагинально (до 34 недель беременности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при истмико-цервикальной недостаточности (коды по МКБ-10: O34.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микроскопическое исследование мазка из влагалища | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистой женских | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | половых органов методом полимеразной цепной реакции | |
| 6. | Выполнено ультразвуковое определение длины шейки матки с кратностью 1 раз в 1 - 2 недели (с 15 - 16 до 24 недель беременности). | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) или при интактных плодных оболочках выполнено наложение швов на шейку матки (серкляж) (серкляж - в стационарных условиях) пациенту с одноплодной беременностью (с преждевременными родами или поздним выкидышем в анамнезе) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение акушерского разгружающего поддерживающего кольца (пессария) пациенту с многоплодной беременностью (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение прогестероном вагинально (при сроке до 34 недель беременности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при признаках внутриутробной гипоксии плода, требующих предоставления медицинской помощи матери (коды по МКБ-10: O36.3, O36.8, O36.9, O68.0, O68.1, O68.2, O68.3, O68.8, O68.9, O69.0, O69.1, O69.2, O69.3, O69.4, O69.5, O69.8, O69.9, P20.0, P20.1, P20.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб, физикальное обследование с оценкой факторов риска дистресса плода в родах | Да/Нет |
| 2. | Выполнена кардиотокография плода (с 33 недель гестации при неосложненном течении беременности) (1 раз в 2 недели) | Да/Нет |

**15.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при признаках внутриутробной гипоксии плода, требующих предоставления медицинской помощи матери (коды по МКБ-10: O36.3, O36.8, O36.9, O68.0, O68.1, O68.2, O68.3, O68.8, O68.9, O69.0, O69.1, O69.2, O69.3, O69.4, O69.5, O69.8, O69.9, P20.0, P20.1, P20.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб, физикальное обследование с оценкой факторов риска дистресса плода в родах | Да/Нет |
| 2. | Выполнена непрерывная кардиотокография плода (при высоком риске интранатальной гипоксии) (в родах) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена непрерывная кардиотокография плода (при подозрении на нарушение сердечного ритма плода по данным прерывистой аускультации) (в течение не менее 20 минут) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены лечебно-диагностические мероприятия (при сомнительном | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | или патологическом типе кардиотокограммы) (по алгоритму) | |
| 5. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб, физикальное обследование с оценкой факторов риска дистресса плода в родах | Да/Нет |

**15.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при недостаточном росте плода, требующем предоставления медицинской помощи матери (задержке роста плода) (коды по МКБ-10: O36.5. P05, P07)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование в третьем триместре беременности (пациенту группы высокого риска задержки роста плода) (в 30 - 34 недели беременности) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование в третьем триместре беременности (беременной с задержкой роста плода каждые 2 недели до родоразрешения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое допплеровское исследование (маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока беременной пациентке группы высокого риска задержки роста плода) (во время 2-го ультразвукового исследования при сроке беременности 18 недель - 20 недель 6 дней), и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30 - 34 недели) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена кардиотокография плода и ультразвуковое допплеровское исследование (маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока беременной с ранней задержкой роста плода) | Да/Нет |

**15.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при недостаточном росте плода, требующем предоставления медицинской помощи матери (задержке роста плода) (коды по МКБ-10: O36.5, P05, P07)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена кардиотокография плода и ультразвуковое допплеровское исследование (маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока беременной с ранней задержкой роста плода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено родоразрешение пациента с поздней задержкой роста плода при спонтанном повторяющемся стойком неспровоцированном замедлении частоты сердечных сокращений плода (децелерации) и (или) при нулевом или реверсном конечно-диастолическом кровотоке в артерии пуповины и (или) при показателе STV по данным кардиотокографии < 3,5 мс в 32 - 33 недели и < 4,5 мс в сроке беременности $\geq$ 34 недель | Да/Нет |
| 3. | Выполнено родоразрешение путем кесарева сечения (в плановом порядке) пациента с ранней задержкой роста плода при наличии одного или нескольких из следующих признаков: патологическая | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | кратковременная вариабельность по данным кардиотокографии плода, нулевой или реверсный конечно-диастолический кровоток в венозном протоке, показания со стороны матери | |
| 4. | Выполнено родоразрешение пациентки с поздней задержкой роста плода (при невыраженных нарушениях допплерографических показателей или снижением церебро-плацентарного отношения, маловодием и при показателе кратковременной вариабельности по данным кардиотокографии < 4,5 мс в сроке беременности ≥ 34 недель 0 дней) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено родоразрешение пациентки с малым (маловесным) для гестационного возраста плодом) при нормальных показателях церебро-плацентарного отношения (после 37 - 39 недель беременности) | Да/Нет |

**15.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит) (код по МКБ-10: О41.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение срока беременности и родов (по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен подсчет количества лейкоцитов в крови методом световой микроскопии или исследование количества лейкоцитов в крови автоматизированным методом и исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнен микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования | Да/Нет |

**15.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит) (код по МКБ-10: О41.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение срока беременности и родов (по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен подсчет количества лейкоцитов в крови методом световой микроскопии или исследование количества лейкоцитов в крови автоматизированным методом и исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнен микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования | |
| 4. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (последа) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (в сроках беременности 24 недели 0 дней - 33 недели 6 дней) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при патологическом прикреплении плаценты (предлежании и врастании плаценты) (коды по МКБ-10: O43.0, O43.1, O43.2, O44.0, O44.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (пациентке с предлежанием плаценты и (или) расположением в области рубца) с прицельным поиском признаков врастания плаценты | Да/Нет |

**15.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при патологическом прикреплении плаценты (предлежании и врастании плаценты) (коды по МКБ-10: O43.0, O43.1, O43.2, O44.0, O44.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (пациентке с предлежанием плаценты и (или) расположением в области рубца) с прицельным поиском признаков врастания плаценты | Да/Нет |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография малого таза (при подозрении на врастание плаценты) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (при врастании и (или) предлежании плаценты) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена гистеротомия (при врастании плаценты) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены комплексный компрессионный гемостаз и (или) перевязка, и (или) временное пережатие магистральных сосудов, или эндоваскулярные методы гемостаза | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) и изоантител и фенотипа группы | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | крови (определение антигена K1 системы Kell или определение антигена K1 системы Kell с использованием автоматизированного оборудования и определение фенотипа эритроцитов по аллоантигенам (аллогенам) одной из систем групп крови: MNSs, Lewis, Duffy, Lutheran, P и другие или определение фенотипа эритроцитов по аллоантигенам (аллогенам) одной из систем групп крови: MNSs, Lewis, Duffy, Lutheran, P и другие с использованием автоматизированного оборудования | |
| 7. | Выполнена аппаратная интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов (при оперативном родоразрешении при врастании плаценты) | Да/Нет |

**15.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи подготовке шейки матки к родам и родовозбуждении (коды по МКБ-10: O61 (O61.0, O61.1, O61.8), O48, O75.5, O75.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп (при бимануальном влагалищном исследовании) (перед преиндукцией и индукцией родов) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена кардиотокография плода (перед началом и в процессе проведения преиндукции (индукции) родов) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка противопоказаний к индукции родов (учет клинических состояний, определяющих невозможность родов через естественные родовые пути, показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения) | Да/Нет |

**15.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при оперативных влагалищных родах (родах одноплодных, родоразрешении с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора) (коды по МКБ-10: O66.5, O81, O81.0, O81.1, O81.2, O81.3, O81.4, O81.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен учет положения головки плода при выборе метода влагалищного оперативного родоразрешения | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение условия для влагалищного оперативного родоразрешения | Да/Нет |
| 3. | Выполнена антибиотикопрофилактика после влагалищного оперативного родоразрешения | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений | Да/Нет |

**15.29. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при разрывах промежности при родоразрешении и других акушерских травмах (акушерском травматизме) (коды по МКБ-10: O70, O71, O26.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено кесарево сечение (экстренное родоразрешение) (при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами (в послеродовом периоде при разрывах промежности III - IV степени (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ушивание разрывов шейки матки (II - III степени) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое восстановление целостности стенки влагалища и мышц промежности (при разрыве промежности II - IV степени) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение постельного режима (при повреждении лонного сочленения) (в послеродовом периоде) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено вправление матки при вывороте матки (в родах) открытым доступом (в условиях общей анестезии) (сразу после установления диагноза) | Да/Нет |

**15.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эмболии амниотической жидкостью (коды по МКБ-10: O75.1, O88.1, O88.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия, измерение артериального давления на периферических артериях, измерение частоты сердечных сокращений | Да/Нет |
| 2. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследования системы гемостаза) и (или) тромбоэластография или ротационная тромбоэластометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка неврологического статуса и уровня сознания по шкале Глазго | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение кристаллоидами и (или) коллоидами, и (или) вазопрессорами, и (или) инотропными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена сердечно-легочная реанимация (при остановке сердечной деятельности при сроке беременности 20 недель и более со смещением матки влево) и родоразрешение (при отсутствии эффекта от сердечно-легочной реанимации в течение 4 минут) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена респираторная поддержка (при наличии прогрессирующей дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови и кислотно-щелочного состояния (динамическое) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнено лечение глюкокортикостероидами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено обеспечение адекватного венозного доступа путем установки минимум двух периферических внутривенных катетеров размером от 16 G (или ранее установленным центральным венозным катетером) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение антифибринолитиками и (или) компонентами крови, и (или) рекомбинантными факторами свертывания, или концентратами факторов свертывания (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.31. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при нормальных родах (родах одноплодных, самопроизвольном родоразрешении в затылочном предлежании) (коды по МКБ-10: O80.0, O80.9, O47.1, O47.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено определение срока беременности и родов (по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено заполнение партограммы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено введение окситоцина (парентерально) (после рождения плода) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено отсроченное пересечение пуповины (в промежутке от 1 до 3 минут от момента рождения ребенка) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено выделение последа (в течение 30 минут от момента рождения ребенка) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен послеродовый осмотр последа | Да/Нет |
| 7. | Выполнен осмотр промежности, влагалища и шейки матки в зеркалах, промежности и выполнено ушивание разрывов после родов | Да/Нет |

**15.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи при родах одноплодных, разрешенных путем кесарева сечения (коды по МКБ-10: O82, O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9, O32.0, O32.2, O32.4, O32.8, O34.0, O34.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (перед операцией кесарева сечения и не позднее 72 часов от момента оперативного родоразрешения) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) (перед операцией кесарево сечение) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена катетеризация кубитальной и других периферических вен (перед операцией кесарево сечение) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена антибиотикопрофилактика (перед операцией кесарево сечение) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение утеротонизирующих препаратов (внутривенно, медленно) (после извлечения плода) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эластическая компрессия нижних конечностей (после операции кесарево сечение) | Да/Нет |

**15.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аномалиях объема амниотической жидкости (многоводии, маловодии) (коды по МКБ-10: О40, О41, О41.0, О41.8, О41.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен скрининг 1 триместра беременности | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование в 2 триместре беременности скрининговое (в 19 - 21 недель беременности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен скрининг на TORCH инфекции | Да/Нет |
| 4. | Выполнен тест на изоиммунизацию (при подозрении на анемию и водянку плода) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика (при выявлении аномального объема амниотической жидкости) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено измерение индекса амниотической жидкости и (или) максимального вертикального кармана (при выявлении аномального объема амниотической жидкости) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (контрольное) (при выявлении аномального объема амниотической жидкости, через 1 - 3 недели) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено определение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода (при выявлении многоводия) | Да/Нет |

**15.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аномалиях объема амниотической жидкости (многоводии, маловодии) (коды по МКБ-10: О40, О41, О41.0, О41.8, О41.9)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование во втором триместре беременности скрининговое (в 19 - 21 недель беременности) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен скрининг на TORCH инфекции | Да/Нет |
| 3. | Выполнен тест на изоиммунизацию (при подозрении на анемию и водянку плода) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-генетика (при выявлении аномального объема амниотической жидкости) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено измерение индекса амниотической жидкости и (или) максимального вертикального кармана (при выявлении аномального объема амниотической жидкости) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (контрольное) (при выявлении аномального объема амниотической жидкости, через 1 - 3 недели) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено определение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода (при выявлении многоводия) | Да/Нет |

**15.35. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аномалиях родовой деятельности (коды по МКБ-10: O62, O63, O75.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена амниотомия (перед началом родостимуляции окситоцином) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено удаление вставки с динопростоном или снижение дозы окситоцина (остановка родостимуляции окситоцином) (при тахисистолии матки) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено обезболивание (роженице с дискоординацией родовой деятельности) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.36. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при внутрипеченочном холестазе при беременности (код по МКБ-10: O26.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен самоподсчет шевелений плода | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование желчных кислот в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | отношения) и исследование активированного частичного тромбопластинового времени клоттинговым методом | |
| 4. | Выполнены исследование желчных кислот в крови, и исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, и исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, и исследование общего билирубина в крови, и исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови (через 10 календарных дней после родов) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой | Да/Нет |

**15.37. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при внутрипеченочном холестазе при беременности (код по МКБ-10: O26.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен самоподсчет шевелений плода | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование желчных кислот в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения) и исследование активированного частичного тромбопластинового времени клоттинговым методом | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение урсодезоксихолевой кислотой | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение адеметионином (при неэффективности урсодезоксихолевой кислоты) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (при раннем развитии внутрипеченочного холестаза беременных) (в сроках 26 - 34 недель) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена преиндукция и индукция родов | Да/Нет |
| 8. | Выполнена непрерывная интранатальная кардиотокографии плода | Да/Нет |

**15.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при затрудненных родах [дистоции] вследствие предлежания плечика. Дистоции плечиков (код по МКБ-10: O66.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена диагностика дистоции плечиков (через 60 секунд после рождения головки плода) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен вызов второго врача - акушера-гинеколога, врача-неонатолога, второй акушерки, врача - анестезиолога-реаниматолога или иных медицинских работников | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено внесение данных в первичную медицинскую документацию (протоколирование времени рождения головки плода, применяемые приемы, их продолжительность, время рождения плечиков) | Да/Нет |

**15.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при медицинской помощи матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода, и антенатальной гибели плода (коды по МКБ-10: O35, O36.4, O83.4)**

| N п/п | Критерий оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнено ультразвуковое исследование плода | Да/Нет |

**15.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при медицинской помощи матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода, и антенатальной гибели плода (коды по МКБ-10: O35, O36.4, O83.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом - акушером-гинекологом и (или) осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом (не позднее 10 минут от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование плода | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена катетеризация кубитальной и других периферических вен (перед родоразрешением) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение утеротонических препаратов (внутривенно медленно) (после извлечения плода) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений и гнойно-септических осложнений | Да/Нет |

**15.41. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нормальном послеродовом периоде (послеродовая помощь и обследование) (коды по МКБ-10: Z39.0, Z39.1, Z39.2, O73.0, O73.1, O92.0, O92.2, O92.3, O92.4, O92.5, O92.6, O92.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-акушером-гинекологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (в родильном отделении - врачом-акушером-гинекологом или акушеркой 1 раз в 15 минут в течение 2-х часов, в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | послеродовом отделении - врачом-акушером-гинекологом 1 раз в сутки и акушеркой 2 раза в сутки, с проведением консультирования по правилам грудного вскармливания и консультирования по вопросам контрацепции) | |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый (на 2 - 3 сутки после родоразрешения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (на 3-е сутки после родов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение тренировки мышц тазового дна (лечебная физкультура в акушерстве) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение приема (консультации) врача-акушера-гинеколога лечебно-диагностического повторного (через 30 - 45 календарных дней после родов) | Да/Нет |

**15.42. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при послеродовых инфекционных осложнениях (коды по МКБ-10: O08.0, O75.3, O85, O86.0, O86.1, O86.4, O86.8, O90.0, O90.1, O90.2, O90.8, O90.9, O91.1, O99.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр и пальпация кожи и мягких тканей (в области послеоперационной раны после кесарева сечения, эпизиотомии и акушерских травм, а также в местах установки внутривенных канюль или инъекций) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка по шкалам (при сепсисе и (или) септическом шоке) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бимануальное влагалищное исследование | Да/Нет |
| 4. | Выполнена пальпация живота (при акушерском перитоните) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование молочной кислоты (лактата) в крови (при сепсисе и (или) септическом шоке) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (при сепсисе и (или) септическом шоке) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при сепсисе и (или) септическом шоке) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование хлоридов в крови (при сепсисе и (или) септическом шоке) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено микробиологическое исследование биологических сред на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 12. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков и (или) компьютерная томография области таза, и (или) магнитно-резонансная томография малого таза (при абсцессе малого таза, гематоме, метротромбофлебите, параметрите, при акушерском перитоните) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при послеродовом эндометрите) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений (при сепсисе и (или) септическом шоке) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами широкого спектра действия (эмпирически) (при септическом шоке) (в течение 1 часа) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено лечение кристаллоидными растворами (внутривенно) в дозе 30 мл/кг (при сепсисе и (или) септическом шоке) (в течение первых 3 часов терапии) | Да/Нет |

**15.43. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременной отслойке плаценты (коды по МКБ-10: O45, O46)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом (не позднее 10 минут от момента поступления в стационар) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен мониторинг параметров жизненно важных функций организма (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) (не позднее 10 минут от момента установления диагноза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации менее 92%) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (перед операцией кесарева сечения и после оперативного родоразрешения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) (перед операцией кесарево сечение) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена катетеризация кубитальной и других периферических вен (перед операцией кесарево сечение) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение (не позднее 30 минут от момента установления диагноза) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена антибиотикопрофилактика (перед родоразрешением путем | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | кесарева сечения) | |
| 9. | Выполнено лечение утеротоническими лекарственными препаратами (внутривенно медленно, после извлечения плода) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена профилактика тромбоэмболических осложнений | Да/Нет |

**15.44. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременных родах (коды по МКБ-10: O60.0, O60.1, O60.2, O60.3, O47.0, O42)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен подсчет количества лейкоцитов в крови методом световой микроскопии или выполнены исследование количества лейкоцитов в крови автоматизированным методом и исследование С-реактивного белка в крови (при преждевременном разрыве плодных оболочек) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена токолитическая терапия лекарственными препаратами первой линии (при угрожающих и начавшихся преждевременных родах в сроках беременности 24 недели 0 дней - 33 недели 6 дней) (при невозможности применения препаратов второй линии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено внутривенное введение магния сульфата (при преждевременном разрыве плодных оболочек и начавшихся или запланированных (индуцированных) преждевременных родах в 24 недели 0 дней - 33 недели 6 дней беременности) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена интранатальная антибиотикопрофилактика (при выявлении носительства стрептококка группы Б) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена антибактериальная терапия (при преждевременном разрыве плодных оболочек) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода (при повышенном тонусе матки, укорочении шейки матки, открытии наружного зева и начавшихся преждевременных родах и преждевременном разрыве плодных оболочек) (в сроках беременности 24 недели 0 дней - 33 недели 6 дней) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено отсроченное пережатие сосудов пуповины (при стабильном состоянии новорожденного и пульсации пуповины более 100 ударов в минуту) | Да/Нет |

**15.45. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при резус-изоиммунизации, гемолитической болезни плода (коды по МКБ-10: O36.0, O36.1, P55.0, P55.8, P55.9, P56.0, P56.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено направление на определение анти-Rh-антител (при 1-м визите и (при отсутствии антител) в 18 - 20 недель и в 28 недель | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | беременности) (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови) | |
| 2. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии антирезус-антител) (в 28 - 30 недель беременности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено (дополнительное) введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии антирезус-антител) (при возникновении потенциально резус-сенсибилизирующего события) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] при прерывании беременности в 1-м или 2-м триместрах или антенатальной гибели плода или внематочной беременности беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови и отсутствии анти-Rh-антител | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода (диагностика анемии плода) (со срока гестации 18 - 19 недель) | Да/Нет |

**15.46. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при резус-изоиммунизации, гемолитической болезни плода (коды по МКБ-10: O36.0, O36.1, P55.0, P55.8, P55.9, P56.0, P56.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии антирезус-антител) (в 28 - 30 недель беременности) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено (дополнительное) введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови при отсутствии антирезус-антител) (при возникновении потенциально резус-сенсибилизирующего события) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (родильнице с резус-отрицательной принадлежностью крови) (при отсутствии антирезус-антител при рождении резус положительного новорожденного) (в первые 72 часа после родов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] при прерывании беременности в 1-м или 2-м триместрах или антенатальной гибели плода или внематочной беременности беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови и отсутствии анти-Rh-антител | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода (диагностика анемии плода) (со срока гестации 18 - 19 недель) | Да/Нет |

**15.47. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при тазовом предлежании плода (коды по МКБ-10: O32.0, O32.1, O32.2, O32.6, O64.1, O64.5, O64.8, O80.1, O80.8, O83.0, O83.1, O83.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование плода с верификацией вида предлежания плода | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение предполагаемой массы тела плода и наличие разгибания головки плода | Да/Нет |
| 3. | Выполнено информирование пациентки с внесением информации в первичную медицинскую документацию (о возможных рисках, связанных с родами, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить риск, и возможными методами родоразрешения и их осложнениями) | Да/Нет |
| 4. | Предложение пациентке проведения процедуры наружного поворота плода (при отсутствии медицинских противопоказаний к естественным родам) | Да/Нет |

**15.48. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при тазовом предлежании плода (коды по МКБ-10: O32.0, O32.1, O32.2, O32.6, O64.1, O64.5, O64.8, O80.1, O80.8, O83.0, O83.1, O83.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование плода с верификацией вида предлежания плода | Да/Нет |
| 2. | Выполнено определение предполагаемой массы тела плода и наличие разгибания головки плода | Да/Нет |
| 3. | Выполнено информирование пациентки с внесением информации в первичную медицинскую документацию (о возможных рисках, связанных с родами, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить риск, и возможными методами родоразрешения и их осложнениями) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено предложение пациентке о проведении процедуры наружного поворота плода (при отсутствии противопоказаний к естественным родам) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено подтверждение тазового предлежания плода с помощью ультразвукового исследования плода или использования наружных приемов (перед проведением операции кесарева сечения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена непрерывная кардиотокография плода (в 1-м периоде родов) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена партограмма (контроль прогресса родов) | Да/Нет |

**15.49. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при чрезмерной рвоте беременных (коды по МКБ-10: O21 (O21.0, O21.1, O21.2, O21.8, O21.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен физикальный осмотр с измерением артериального давления на периферических артериях, исследование пульса, термометрия общая, измерение массы тела | Да/Нет |
| 2. | Выполнено профилактическое консультирование по вопросам рационального питания, питьевого режима, образа жизни | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический анализ) мочи, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови, исследование общего кальция в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование лактатдегидрогеназы крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности амилазы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови | Да/Нет |

**15.50. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при чрезмерной рвоте беременных (коды по МКБ-10: O21 (O21.0, O21.1, O21.2, O21.8, O21.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен физикальный осмотр с измерением артериального давления на периферических артериях, исследование пульса, термометрия общая, измерение массы тела | Да/Нет |
| 2. | Выполнено профилактическое консультирование по вопросам рационального питания, питьевого режима, образа жизни | Да/Нет |
| 3. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический анализ) мочи, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови, исследование общего кальция в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование лактатдегидрогеназы в крови, исследование общего билирубина в крови, исследование непрямого (свободного) билирубина в крови, исследование активности амилазы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнена госпитализация в круглосуточный стационар (при отсутствии эффекта от лечения в дневном стационаре) (при рвоте умеренной и (или) тяжелой степени) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прием (консультация) врача-терапевта, прием (консультация) врача-гастроэнтеролога, прием (консультация) врача-эндокринолога, прием (консультация) врача-инфекциониста, прием (консультация) врача-нефролога, прием (консультация) врача-хирурга, прием (консультация) врача-психиатра, прием (консультация) врача-психотерапевта (при рвоте умеренной и (или) тяжелой степени) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено лечение лекарственными препаратами, безопасными для матери и плода (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено достижение критериев выписки из стационара (положительная динамика общего состояния, прекращение и (или) уменьшение частоты тошноты и рвоты, нормализация лабораторных параметров) | Да/Нет |

**15.51. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при послеродовом кровотечении (коды по МКБ-10: O67, O72, O72.0, O72.1, O72.2, O72.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено лечение окситоцином и его аналогами (в третьем периоде родов или интраоперационно при кесаревом сечении) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оценка объема кровопотери (гравиметрический метод) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена катетеризация 2 периферических вен катетерами 14 - 16G | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение метилэргометрином (внутривенно) или мизопростолом 800 мкг (при отсутствии эффекта от окситоцина) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена инфузионная терапия сбалансированными кристаллоидными растворами (при послеродовом кровотечении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено подогревание растворов для инфузионной терапии до 35 - 40 °C | Да/Нет |
| 7. | Выполнен врачом анестезиологом-реаниматологом венозный доступ (2 вены катетерами 14 - 16G) и неинвазивный мониторинг (артериальное давление, частота сердечных сокращений, электрокардиография, SpO2) с оценкой диуреза (в течение 10 мин) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при применении факторов свертывания II, VII, IX и X в комбинации и (или) эптакога альфа (активированного), и (или) антикоагулянтов (через 6 часов) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение транексамовой кислотой 1,0 г (женщинам с высоким риском кровотечения, после самопроизвольных родов) | Да/Нет |

**15.52. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при искусственном аборте (медицинском аборте) (коды по МКБ-10: O04, O06, O07, O35)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (с определением срока беременности по дате последней менструации и (или) данным ультразвукового исследования матки и придатков, или ультразвукового исследования плода, с осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах и бимануальным влагалищным исследованием) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков (до 10 недель беременности) или ультразвуковое исследование плода (после 10 недель беременности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено направление на консультацию психолога (медицинского психолога, специалиста по социальной работе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение анти(RhD)антител резус-отрицательной пациентке, беременной от партнера с резус-положительной или неизвестной резус-принадлежностью крови) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено микроскопическое исследование мазка из влагалища | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный (перед хирургическим абортом на любом сроке беременности и перед медикаментозным абортом после 12 недель беременности) | Да/Нет |
| 8. | Выполнен подсчет количества тромбоцитов в окрашенных мазках крови или исследование количества тромбоцитов в крови автоматизированным методом (перед хирургическим абортом на любом сроке беременности и перед медикаментозным абортом после 12 недель беременности) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена электрокардиография (перед хирургическим абортом на любом сроке беременности и медикаментозным абортом на сроке после 12 недель беременности) | Да/Нет |

**15.53. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при искусственном аборте (медицинском аборте) (коды по МКБ-10: O04, O06, O07, O35)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при хирургическом медицинском аборте, при медикаментозном медицинском аборте при высоком риске инфекционно-воспалительных осложнений) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] (при резус (D) отрицательной принадлежности крови пациентки, беременной от партнера с резус (D) положительной принадлежностью крови, при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | отсутствии резус(D)-изоиммунизации) (в течение 72 часов после медицинского аборта) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 3. | Выполнена анестезия при хирургическом вмешательстве и выполнено назначение анальгезии при медикаментозном аборте (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**15.54. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при гестационном сахарном диабете (коды по МКБ-10: O24.0, O24.1, O24.3, O24.4, O24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование глюкозы в крови (при постановке на учет беременной до 24 недели беременности) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен глюкозотолерантный тест (на 24 - 28 неделе гестации беременным, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена в первой половине беременности) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено информирование беременной о рекомендациях по диетотерапии, физической активности и ведению дневника самоконтроля | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение лекарственных препаратов группы инсулина и их аналогами в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование плода с перцентильной оценкой фетометрии и ультразвуковое допплеровское исследование (по направлению врача-акушера-гинеколога) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена кардиотокография плода (с 32 недель гестации - не реже 1 раза в 7 - 10 календарных дней, с 37 недели - не реже 1 раза в 7 календарных дней) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление беременной в стационар по профилю "акушерство и гинекология" (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |

**15.55. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гестационном сахарном диабете (коды по МКБ-10: O24.0, O24.1, O24.3, O24.4, O24.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено ультразвуковое исследование плода с перцентильной оценкой фетометрии и ультразвуковое допплеровское исследование (по направлению врача-акушера-гинеколога) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена кардиотокография плода (с 32 недель гестации - не реже 1 раза в 7 - 10 календарных дней, с 37 недели - не реже 1 раза в 7 | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | календарных дней) | |
| 3. | Выполнена непрерывная кардиотокография плода (в родах) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен контроль гликемии (у рожениц, получавших во время беременности инсулин) (в родах) | Да/Нет |

## 16. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

### 16.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденной цитомегаловирусной инфекции (код по МКБ-10: P35.1)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый во время лечения противовирусными лекарственными препаратами группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (еженедельно первые 6 недель, на 8 неделе и далее ежемесячно на протяжении курса терапии) | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови во время лечения противовирусными лекарственными препаратами прямого действия группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (ежемесячно на протяжении курса терапии) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено диспансерное наблюдение врача-сурдолога-отоларинголога (1 раз в 3 - 6 месяцев на первом году жизни, 1 раз в 6 месяцев до 3-х лет и 1 раз в 12 месяцев до 10 - 19 лет) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено диспансерное наблюдение врача-инфекциониста (1 раз в 12 месяцев до 2-х лет) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено диспансерное наблюдение врача-невролога (ежегодно до 7 лет, либо чаще по рекомендации врача-невролога) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено диспансерное наблюдение врача-офтальмолога (на 1 месяце жизни, далее ежегодно до 18 лет, либо чаще по рекомендации врача-офтальмолога) | Да/Нет |

### 16.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной цитомегаловирусной инфекции (код по МКБ-10: P35.1)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен визуальный терапевтический осмотр | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено количественное определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в слюне методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, и количественное определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в мазке слизистой ротоглотки методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, и количественное определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, и количественное определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в моче методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени | Да/Нет |
| 3. | Выполнено количественное определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) в крови методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени для контроля эффективности лечения противовирусными лекарственными препаратами (в начале лечения и каждые 2 - 4 недели на протяжении лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый во время лечения противовирусными лекарственными препаратами группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (еженедельно первые 6 недель, на 8 неделе и далее ежемесячно на протяжении курса терапии). | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови во время лечения противовирусными лекарственными препаратами прямого действия группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (ежемесячно на протяжении курса терапии) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ультразвуковое исследование головного мозга | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование вызванной отоакустической эмиссии | Да/Нет |
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога | Да/Нет |
| 12. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение противовирусными лекарственными препаратами прямого действия при среднетяжелой и тяжелой формах | Да/Нет |
| 14. | Выполнено введение антицитомегаловирусного иммуноглобулина человека при лечении противовирусными лекарственными препаратами | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | прямого действия | |

**16.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при ранней анемии недоношенных (код по МКБ-10: P61.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен визуальный терапевтический осмотр | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый и подсчет количества ретикулоцитов в мазке крови методом световой микроскопии, или исследование количества ретикулоцитов в крови автоматизированным методом | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый и общий (клинический) анализ мочи не ранее, чем через 2 часа и не позже 24 часов после гемотрансфузии | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови, исследование калия в крови и исследование общего кальция в крови во время и после гемотрансфузии | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование головного мозга, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек, ультразвуковое исследование надпочечников | Да/Нет |
| 6. | Выполнена трансфузия единицы эритроцитсодержащих компонентов крови при снижении уровня гемоглобина до значений, требующих коррекции | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антианемическими лекарственными препаратами - эпоэтин альфа или эпоэтин бета у недоношенных новорожденных менее 31 недели гестации | Да/Нет |

**16.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной анемии вследствие кровопотери у плода и других врожденных анемиях новорожденных (коды по МКБ-10: P61.3, P61.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен визуальный терапевтический осмотр | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый и подсчет количества ретикулоцитов в мазке крови методом световой микроскопии, или исследование количества ретикулоцитов в крови автоматизированным методом | Да/Нет |
| 3. | Выполнен анализ аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в мазке крови при анемии неясного генеза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови и общий (клинический) анализ мочи не ранее, чем через 2 часа и не позже 24 часов после гемотрансфузии | Да/Нет |
| 6. | Выполнен мониторинг параметров жизненно важных функций организма (частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхания, степени насыщения гемоглобина кислородом, диуреза, цвета мочи, температура тела) во время и в течение 2 часов после гемотрансфузии | Да/Нет |
| 7. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ультразвуковое исследование почек, ультразвуковое исследование надпочечников | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови, исследование калия в крови и исследование общего кальция в крови во время и после гемотрансфузии при ухудшении состояния | Да/Нет |
| 9. | Выполнена трансфузия единицы эритроцитсодержащих компонентов крови новорожденному с симптомами анемии и (или) снижением уровня гемоглобина до значений, требующих коррекции | Да/Нет |
| 10. | Выполнено введение растворов электролитов - натрия хлорида 0,9% раствора при гиповолемии | Да/Нет |

**16.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при бронхолегочной дисплазии (код по МКБ-10: P27.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено суточное прикроватное мониторирование жизненных функций организма (степени насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии, частоты сердечных сокращений, артериального давления и частоты дыхания) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена оксигенотерапия | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение системными глюкокортикостероидами при длительной искусственной вентиляции легких | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение ингаляционными глюкокортикостероидами при бронхообструктивном синдроме | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение адренергическими средствами для ингаляционного введения - селективными бета 2-адреномиметиками (сальбутамол) или адренергическими средствами в комбинации с антихолинергическими средствами (ипратропия бромид + фенотерол), или другими средствами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения - антихолинергическими средствами (ипратропия бромид) при бронхобструктивном синдроме | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение специфическим иммуноглобулином паливизумабом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Выполнено диспансерное наблюдение врача-пульмонолога | Да/Нет |

**16.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской детям при бронхолегочной дисплазии (код по МКБ-10: P27.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено суточное прикроватное мониторирование жизненных функций организма (степени насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии, частоты сердечных сокращений, артериального давления и частоты дыхания) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оксигенотерапия | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение системными глюкокортикостероидами при длительной искусственной вентиляции легких | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение ингаляционными глюкокортикостероиды при бронхообструктивном синдроме | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение адренергическими средствами для ингаляционного введения - селективными бета 2-адреномиметиками (сальбутамол) или адренергическими средствами в комбинации с антихолинергическими средствами (ипратропия бромид + фенотерол), или другими средствами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для ингаляционного введения - антихолинергическими средствами (ипратропия бромид) при бронхобструктивном синдроме | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение производными ксантина недоношенным новорожденным гестационного возраста < 32 недель, находящимся на неинвазивной искусственной вентиляции легких или на инвазивной искусственной вентиляции легких перед планирующейся экстубацией, в первые 72 часа жизни | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение специфическим иммуноглобулином паливизумабом | Да/Нет |

**17. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ (ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ), ДЕФОРМАЦИЯХ И ХРОМОСОМНЫХ НАРУШЕНИЯХ**

**17.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при аниридии врожденной (код по МКБ-10: Q13.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены визометрия и рефрактометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тонометрия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение или проведение терапии офтальмологическими лекарственными препаратами (кератопротекторными препаратами (гипромеллоза, декспантенол) при наличии кератопатии и (или) для профилактики роговичных осложнений | Да/Нет |

**17.2. Критерии оценки качества специализированной помощи детям при аниридии врожденной (код по МКБ-10: Q13.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены визометрия и рефрактометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тонометрия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена кератопахиметрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 5. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна | Да/Нет |
| 7. | Выполнена периметрия (детям старшего возраста, с достаточным уровнем психомоторного и интеллектуального развития ребенка и наличием предметного зрения) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена ультразвуковое исследование глаза в А-режиме | Да/Нет |
| 9. | Выполнено ультразвуковое исследование глаза при непрозрачных средах | Да/Нет |
| 10. | Выполнено назначение или проведение терапии офтальмологическими лекарственными препаратами (кератопротекторными препаратами (гипромеллоза, декспантенол) при наличии кератопатии и (или) для профилактики роговичных осложнений | Да/Нет |

**17.3. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при врожденных и приобретенных аномалиях и деформациях зубочелюстной системы и лицевого черепа (коды по МКБ-10: Q18, K07.0, K07.1, K07.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа и (или) магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено измерение антропометрических параметров лица и окружности головы, определение симметрии лицевого скелета и черепа, определение прикуса | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача - стоматолога-ортопеда первичный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-ортодонта первичный | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача - стоматолога-терапевта | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога | Да/Нет |
| 7. | Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение, в ходе которого достигнуто улучшение общего состояния, функциональных возможностей, внешнего вида пациента | Да/Нет |

**17.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при врожденных и приобретенных аномалиях и деформациях зубочелюстной системы и лицевого черепа (коды по МКБ-10: Q18, К07.0, К07.1, К07.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена компьютерная томография лицевого отдела черепа и (или) магнитно-резонансная томография суставов височно-нижнечелюстного сустава | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение антропометрических параметров лица и окружности головы, определение симметрии лицевого скелета и черепа, определение прикуса | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-ортодонта первичный | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-стоматолога-терапевта | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога | Да/Нет |
| 7. | Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение, в ходе которого достигнуто улучшение общего состояния, функциональных возможностей, внешнего вида пациента | Да/Нет |

**17.5. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при общем артериальном стволе (коды по МКБ-10: Q20.0, I27.8)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиограмма (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография сердца с контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при общем артериальном стволе (коды по МКБ-10: Q20.0, I27.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено зондирование камер сердца (при значимом повышении давления в легочной артерии по данным эхокардиографии и (или) по достижении возраста без операции 6 месяцев и старше, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.7. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при единственном желудочке сердца (код по МКБ-10: Q20.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**17.8. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при единственном желудочке сердца (код по МКБ-10: Q20.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия (при планировании гемодинамической коррекции) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено зондирование камер сердца и (или) чрезвенозная катетеризация сердца (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.9. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефекте межпредсердной перегородки (код по МКБ-10: Q21.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача-детского кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**17.10. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефекте межпредсердной перегородки (код по МКБ-10: Q21.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и выписки из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено зондирование камер сердца (при наличии косвенных эхокардиографических признаков легочной гипертензии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено закрытие дефекта межпредсердной перегородки ксенотрансплантатом открытым доступом или закрытие дефекта межпредсердной перегородки ксенотрансплантатом торакоскопическим доступом, или закрытие дефекта межпредсердной перегородки с помощью устройства эндоваскулярным доступом (при наличии объемной перегрузки правого желудочка) (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.11. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефекте предсердно-желудочковой перегородки (Атриовентрикулярном канале) (код по МКБ-10: Q21.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача - детского кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.12. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефекте предсердно-желудочковой перегородки (Атриовентрикулярном канале) (код по МКБ-10: Q21.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца (пациентам с атриовентрикулярным каналом старше 6 месяцев при наличии данных о высокой легочной гипертензией для определения обратимости легочно-сосудистой болезни, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.13. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при тетраде Фалло (код по МКБ-10: Q21.3)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 7. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии и (или) выявлении остаточных осложнений после коррекции тетрады Фалло) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.14. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при тетраде Фалло (код по МКБ-10: Q21.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и выписки из стационара) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца и панаортография (при недостаточной информативности эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии и (или) выявлении остаточных осложнений после коррекции тетрады Фалло) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.15. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефекте аортолегочной перегородки (коды по МКБ-10: Q21.4, I27.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача - детского кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения, и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**17.16. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефекте аортолегочной перегородки (коды по МКБ-10: Q21.4, I27.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и выписки из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнено зондирование камер сердца (при значимом повышении давления в легочной артерии по данным эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено закрытие дефекта перегородки сердца (при гемодинамически значимом лево-правом сбросе и неэффективности консервативной терапии) (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.17. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном стенозе клапана легочной артерии (код по МКБ-10: Q22.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный и (или) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача-детского кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**17.18. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном стенозе клапана легочной артерии (код по МКБ-10: Q22.1)**

| п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (при выраженном и резком стенозе клапана легочной артерии) (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.19. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при атрезии легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки (код по МКБ-10: Q25.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача - детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пульсоксиметрия (при установлении диагноза и (или) диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении - не реже 1 раза в год) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**17.20. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при атрезии легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки (код по МКБ-10: Q25.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при планировании хирургического лечения и при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены вентрикулография сердца и (или) ангиография коронарных артерий, и (или) панаортография (при планировании хирургического лечения и при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.21. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном клапанном стенозе аорты (код по МКБ-10: Q23.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный и (или) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача - детского кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение варфарина (пациентам с имплантированным в аортальную позицию механическим протезом, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.22. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном клапанном стенозе аорты (код по МКБ-10: Q23.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены ретроградная катетеризация левых отделов сердца, и (или) вентрикулография сердца, и (или) панаортография и ангиография коронарных артерий (при выраженном и резком аортальном стенозе, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнены баллонная вальвулопластика аортального клапана транскатетерная, и (или) пластика аортального клапана открытым доступом с применением аппарата искусственного кровообращения, и (или) протезирование аортального клапана открытым доступом с применением аппарата искусственного кровообращения (при критическом клапанном стенозе аорты) (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.23. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при трехпредсердном сердце (код по МКБ-10: Q24.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача - детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.24. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трехпредсердном сердце (код по МКБ-10: Q24.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | контрастированием и электрокардиографической синхронизацией и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца (при недостаточной информативности эхокардиографии и (или) при значимом повышении давления в легочной артерии по данным эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при рестриктивном отверстии) (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.25. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном подклапанном стенозе аорты (код по МКБ-10: Q24.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный и (или) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача-детского кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение варфарином (пациентам с имплантированным в аортальную позицию протезом, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.26. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном подклапанном стенозе аорты (код по МКБ-10: Q24.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией (при недостаточной информативности данных эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена ретроградная катетеризация левых отделов сердца и (или) вентрикулография сердца, и (или) панаортография и ангиокардиография (при выраженном и резком подаортальном стенозе, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при выраженном и резком подаортальном стенозе) (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение варфарином (пациентам с имплантированным в аортальную позицию протезом, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.27. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при коарктации аорты (код по МКБ-10: Q25.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием или компьютерно-томографическая ангиография грудного отдела аорты и ее ветвей (при гипоплазии дуги аорты, подозрении на аномалии отхождения брахиоцефальных сосудов, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.28. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коарктации аорты (код по МКБ-10: Q25.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | хирургического лечения) | |
| 2. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием или компьютерно-томографическая ангиография грудного отдела аорты и ее ветвей (при гипоплазии дуги аорты, подозрении на аномалии отхождения брахиоцефальных сосудов, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца (перед проведением баллонной ангиопластики, стентированием аорты, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.29. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном надклапанном стенозе аорты (код по МКБ-10: Q25.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный и (или) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача - детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией, и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием, и (или) однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная (при диагностированном вовлечении в патологический процесс устьев коронарных артерий и (или) при недостаточной информативности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.30. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном надклапанном стенозе аорты (код по МКБ-10: Q25.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | лечения и при выписке из стационара) | |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией, и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием, и (или) однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная (при диагностированном вовлечении в патологический процесс устьев коронарных артерий и (или) при недостаточной информативности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены чрезвенозная катетеризация сердца, и ретроградная катетеризация левых отделов сердца, и вентрикулография сердца левая и (или) панаортография и ангиография коронарных артерий (при выраженном и резком аортальном стенозе и недостаточности данных компьютерной томографии и (или) магнитно-резонансной томографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при выраженном и резком подаортальном стенозе) (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.31. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при тотальном аномальном дренаже легочных вен (код по МКБ-10: Q26.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**17.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при тотальном аномальном дренаже легочных вен (код по МКБ-10: Q26.2)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография сердца и сосудов с контрастированием (при планировании хирургического лечения) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни Гиршпрунга (код по МКБ-10: Q43.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) ободочной кишки и прямой кишки с ретроградным контрастированием - ирригоскопия (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-колопроктолога первичный | Да/Нет |

**17.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Гиршпрунга (код по МКБ-10: Q43.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) ободочной кишки и прямой кишки с ретроградным контрастированием - ирригоскопия (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и (или) при недостаточной информативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена аноректальная манометрия (при установлении диагноза и (или) при отсутствии выполнения на предыдущем этапе, и (или) при недостаточной информативности ранее проведенного исследования) | Да/Нет |

**17.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при врожденных аномалиях костей черепа и лица, врожденных костно-мышечных деформациях головы и лица (коды по МКБ-10: Q75.0, Q67.2, Q67.3, Q75.3, Q75.1, Q75.4, Q87.0, Q75.5, Q75.8, Q75.9, Q67.0, Q67.1, Q67.4, Q75.2)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен антропометрический анализ черепно-лицевой области, выявлены имеющиеся анатомические изменения | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-нейрохирурга, и (или) прием (консультация) врача-офтальмолога, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога, и (или) прием (консультация) врача-педиатра, и (или) осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом, и (или) прием (консультация) врача-ортодонта, и (или) прием (консультация) врача-генетика | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография костей черепа с применением компьютерного планирования и моделирования медицинского вмешательства с использованием виртуальной трехмерной модели | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга в режиме венографии | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа и носоглотки | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электроэнцефалография | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение, в ходе которого достигнуто улучшение общего состояния, функциональных возможностей, внешнего вида пациента | Да/Нет |
| 8. | Выполнено своевременное удаление фиксирующих металлоконструкций | Да/Нет |

**17.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при врожденных аномалиях костей черепа и лица, врожденных костно-мышечных деформациях головы и лица (коды по МКБ-10: Q75.0, Q67.2, Q67.3, Q75.3, Q75.1, Q75.4, Q87.0, Q75.5, Q75.8, Q75.9, Q67.0, Q67.1, Q67.4, Q75.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен антропометрический анализ черепно-лицевой области, выявлены имеющиеся анатомические изменения | Да/Нет |
| 2. | Выполнены прием (консультация) врача-нейрохирурга, и (или) прием (консультация) врача-офтальмолога, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога, и (или) прием (консультация) врача-педиатра, и (или) осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом, и (или) прием (консультация) врача-ортодонта, и (или) прием (консультация) врача-генетика | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография костей черепа с применением компьютерного планирования и моделирования медицинского вмешательства с использованием виртуальной трехмерной модели | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга в режиме венографии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 5. | Выполнена эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа и носоглотки | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электроэнцефалография | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение в ходе которого достигнуто улучшение общего состояния, функциональных возможностей, внешнего вида пациента | Да/Нет |
| 8. | Выполнено своевременное удаление фиксирующих металлоконструкций | Да/Нет |

**17.37. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденной глаукоме (код по МКБ-10: Q15.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена визометрия и рефрактометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тонометрия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение или проведение медикаментозного лечения: противоглаукомные лекарственные препараты и миотические средства (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной глаукоме (код по МКБ-10: Q15.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены визометрия и рефрактометрия | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тонометрия глаза | Да/Нет |
| 3. | Выполнена кератопахиметрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 5. | Выполнена гониоскопия | Да/Нет |
| 6. | Выполнена офтальмоскопия или биомикроскопия глазного дна | Да/Нет |
| 7. | Выполнена периметрия (детям старшего возраста, с достаточным уровнем психомоторного и интеллектуального развития ребенка и наличием предметного зрения). | Да/Нет |
| 8. | Выполнена ультразвуковое исследование глаза в А-режиме | Да/Нет |
| 9. | Выполнена оптическая когерентная томография заднего отдела глаза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнено назначение или проведено лечение противоглаукомными лекарственными препаратами и миотическими средствами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено хирургическое лечение в случае некомпенсации врожденной глаукомы | Да/Нет |

**17.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при аномалии развития коронарных сосудов (код по МКБ-10: Q24.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра участкового первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургической коррекции и (или) для выявления патологии легких) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен диспансерный прием врача - детского кардиолога первичный и (или) диспансерный прием врача - детского кардиолога повторный | Да/Нет |

**17.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при аномалии развития коронарных сосудов (код по МКБ-10: Q24.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургической коррекции и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургической коррекции и (или) для выявления патологии легких) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | контрастированием или магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при сложных врожденных пороках сердца при планировании хирургической коррекции и (или) при возникновении осложнений после хирургической коррекции) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнена ретроградная катетеризация левых отделов сердца и ангиография коронарных артерий и панаортография и (или) компьютерная томографическая ангиография коронарных артерий с электрокардиографической синхронизацией, и (или) компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена сцинтиграфия миокарда и (или) позитронно-эмиссионная томография миокарда, совмещенная с компьютерной томографией с внутривенным контрастированием с флудезоксиглюкозой (18F) (в случае, если недостаточно данных коронарографии или эхокардиографии для установления диагноза) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.41. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при перерыве дуги аорты. Двойной дуге аорты (код по МКБ-10: Q25.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен диспансерный прием врача - детского кардиолога, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга повторный, и (или) прием (консультация) врача-педиатра участкового повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электрокардиография (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при диспансерном наблюдении) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.42. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при перерыве дуги аорты. Двойной дуге аорты (код по МКБ-10: Q25.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургической коррекции) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургической коррекции и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией (в случае, если недостаточно данных эхокардиографии для установления диагноза и (или) при возникновении осложнений после хирургической коррекции) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено зондирование камер сердца (при повышении давления в легочной артерии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.43. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при синдроме гипоплазии левых отделов сердца (код по МКБ-10: Q23.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены диспансерный прием врача - детского кардиолога, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга повторный, и (или) диспансерный прием врача-педиатра участкового (после каждого этапа гемодинамической коррекции) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электрокардиография (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный и (или) прием (консультация) врача-невролога повторный (при планировании последующего этапа гемодинамической коррекции) | Да/Нет |

**17.44. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при синдроме гипоплазии левых отделов сердца (код по МКБ-10: Q23.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при планировании последующего этапа гемодинамической коррекции) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара и (или) перед окончанием основного этапа операции) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов и (или) компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и электрокардиографической синхронизацией (в случае, если недостаточно данных эхокардиографии для установления диагноза и (или) при планировании последующего этапа гемодинамической коррекции) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургической коррекции и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургической коррекции и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена инфузия простагландинов новорожденному перед первым этапом хирургического лечения | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (при наличии факторов риска инфекционных осложнений) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.45. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при кисте почки (коды по МКБ-10: Q61.0, N28.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено назначение ультразвукового исследования почек и ультразвуковое исследование почечных артерий при диагностике | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение ультразвукового исследования почек (при динамическом наблюдении ежегодно) | Да/Нет |

**17.46. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при кисте почки (коды по МКБ-10: Q61.0, N28.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено назначение ультразвукового исследования почек и ультразвуковое исследование почечных артерий при диагностике | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение ультразвукового исследования почек (при динамическом наблюдении ежегодно) | Да/Нет |

**17.47. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при аномалии Эбштейна (коды по МКБ-10: Q22.5, I36.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточной информативности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение варфарина (пациентам с имплантированным в трикуспидальную позицию механическим протезом, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.48. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при аномалии Эбштейна (коды по МКБ-10: Q22.5, I36.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и выписки из стационара) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточной информативности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.49. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дефекте межжелудочковой перегородки (коды по МКБ-10: Q21.0, I27.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-детского кардиолога или диспансерный прием врача-кардиолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов с контрастированием и (или) компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии или в случае сочетания порока с другими внутри- и внесердечными аномалиями) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.50. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дефекте межжелудочковой перегородки (коды по МКБ-10: Q21.0, I27.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов с контрастированием и (или) компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием (при недостаточной информативности данных эхокардиографии или в случае сочетания порока с другими внутри- и внесердечными аномалиями) (при отсутствии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнена чрезвенозная катетеризация сердца (пациентам с нерестриктивным дефектом межжелудочковой перегородки в возрасте старше 6 - 12 месяцев при значительном повышении давления в легочной артерии по данным эхокардиографии для оценки легочной гипертензии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.51. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при дискордантном предсердно-желудочковом соединении (коды по МКБ-10: Q20.5, Q20.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный, и (или) прием (консультация) врача-кардиолога повторный, и (или) прием (консультация) врача - детского кардиолога повторный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга повторный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при диспансерном наблюдении - не реже 1 раза в год) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена электрокардиография и (или) холтеровское мониторирование сердечного ритма (при диспансерном наблюдении - не реже 1 раза в год) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена велоэргометрия не реже 1 раза в год (пациентам старше 10 лет) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены чрезвенозная катетеризация сердца и панаортография, и (или) спиральная компьютерная томография сердца с электрокардиографической синхронизацией, и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием (в случае, если недостаточно данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.52. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дискордантном предсердно-желудочковом соединении (коды по МКБ-10: Q20.5, Q20.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургической коррекции) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография и (или) холтеровское мониторирование сердечного ритма (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена велоэргометрия не реже 1 раза в год (пациентам старше 10 лет) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены чрезвенозная катетеризация сердца и панаортография, и (или) спиральная компьютерная томография сердца с электрокардиографической синхронизацией, и (или) магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием (в случае, если недостаточно данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.53. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытом артериальном протоке (код по МКБ-10: Q25.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача - детского кардиолога не реже 1 раза в течение первых 12 месяцев после хирургического лечения | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении - не реже одного раза в 1 - 2 года) | Да/Нет |

**17.54. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытом артериальном протоке (код по МКБ-10: Q25.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови новорожденным в тяжелом состоянии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и перед выпиской из стационара) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов и (или) компьютерная томография грудной клетки с внутривенным контрастированием с применением компьютерного планирования и моделирования медицинского вмешательства с использованием виртуальной трехмерной модели (при сочетании с другими врожденными пороками сердца и при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена ретроградная катетеризация левых отделов сердца (пациентам старше 6 месяцев жизни) (при подозрении на открытый артериальный проток с критической степенью легочной гипертензии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение ибупрофеном и (или) парацетамолом (недоношенному ребенку, с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.55. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при транспозиции магистральных артерий (код по МКБ-10: Q20.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены диспансерный прием врача-кардиолога, и (или) диспансерный прием врача - детского кардиолога, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**17.56. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при транспозиции магистральных артерий (код по МКБ-10: Q20.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена пульсоксиметрия (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием или компьютерная томография сердца и сосудов с контрастированием (при несогласованности клинико-инструментальных данных при планировании хирургической коррекции и (или) при возникновении осложнений после хирургической коррекции) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены чрезвенозная катетеризация сердца и инвазивный мониторинг давления в легочной артерии и (или) ангиография коронарных артерий (перед выполнением хирургического лечения и (или) в случае, если недостаточно других инструментальных данных) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.57. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при частичном аномальном дренаже легочных вен (код по МКБ-10: Q26.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача-кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный, и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача - детского кардиолога не реже 1 раза в 12 - 60 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении - не реже 1 раза в год) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |

**17.58. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при частичном аномальном дренаже легочных вен (код по МКБ-10: Q26.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием, и (или) компьютерная томография сердца с внутривенным контрастированием, и (или) магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов, и (или) чрезвенозная катетеризация сердца, и (или) ангиография легочной артерии и ее ветвей (при планировании хирургического лечения и при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |

**17.59. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при врожденной митральной недостаточности (код по МКБ-10: Q23.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - детского кардиолога первичный и (или) прием (консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен диспансерный прием врача-кардиолога или диспансерный прием врача - детского кардиолога у бессимптомных пациентов с тяжелой митральной регургитацией не реже 1 раза в 12 месяцев | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при планировании хирургического лечения и выписки из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при установлении диагноза и (или) при диспансерном наблюдении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение варфарином (после хирургического лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**17.60. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной митральной недостаточности (код по МКБ-10: Q23.3)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена электрокардиография (при установлении диагноза и (или) при планировании хирургического лечения и выписки из стационара) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (при установлении диагноза и при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена эхокардиография трансторакальная (при планировании хирургического лечения и при выписке из стационара) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография сердца с внутривенным контрастированием и (или) магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов (при недостаточности данных эхокардиографии) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено зондирование камер сердца (при высокой легочной гипертензии по данным эхокардиографии, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена пластика митрального клапана открытым доступом с применением аппарата искусственного кровообращения, или пластика митрального клапана торакоскопическим доступом, и (или) выполнено протезирование митрального клапана открытым доступом с применением аппарата искусственного кровообращения (при II - IV функциональном классе по NYHA с 3 - 4 степенью митральной недостаточности) (при условии операбельности пациента) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение варфарином (после хирургического лечения, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

## 18. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ СИМПТОМАХ, ПРИЗНАКАХ И ОТКЛОНЕНИЯХ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

### 18.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хроническом болевом синдроме у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (коды по МКБ-10: R52.1, R52.2, Z51.5)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена и отражена в медицинской документации динамическая оценка интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли (при каждом посещении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение обезболивающего лекарственного препарата, предпочтительно в неинвазивных формах, через интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение слабительных средств (на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено назначение противорвотных лекарственных препаратов и (или) стимуляторов моторики желудочно-кишечного тракта (при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение опиоида в лекарственной форме с немедленным высвобождением для экстренной терапии приступа сильной боли, возникающей на фоне адекватно контролируемой с помощью опиоидной терапии фоновой персистирующей боли (при "прорыве" боли) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение противоэпилептических лекарственных препаратов, антидепрессантов в качестве первой линии терапии нейропатической боли | Да/Нет |

**18.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хроническом болевом синдроме у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (коды по МКБ-10: R52.1, R52.2, Z51.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена и отражена в медицинской документации динамическая оценка интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли (ежедневно) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено регулярное введение обезболивающего лекарственного препарата, предпочтительно в неинвазивных формах, через интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение слабительными средствами (на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение противорвотными лекарственных препаратами и (или) стимуляторами моторики желудочно-кишечного тракта (при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение опиоидом в лекарственной форме с немедленным высвобождением для экстренной терапии приступа сильной боли, возникающей на фоне адекватно контролируемой с помощью опиоидной терапии фоновой персистирующей боли (при "прорыве" боли) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение противоэпилептическими лекарственными препаратами, антидепрессантами в качестве первой линии терапии нейропатической боли | Да/Нет |

**18.3. Критерии оценки качества паллиативной медицинской помощи взрослым при хроническом болевом синдроме у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (коды по МКБ-10: R52.1, R52.2, Z51.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена и отражена в медицинской документации динамическая оценка интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли (в стационарных условиях - ежедневно; в амбулаторных условиях - при каждом посещении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено назначение обезболивающего лекарственного препарата, предпочтительно в неинвазивных формах, через определенные интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы | Да/Нет |
| 3. | Выполнено назначение слабительных средств (на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение противорвотных лекарственных препаратов и (или) стимуляторов моторики желудочно-кишечного тракта (при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение опиоида в лекарственной форме с немедленным высвобождением для экстренной терапии приступа сильной боли, возникающей на фоне адекватно контролируемой с помощью опиоидной терапии фоновой персистирующей боли (при "прорыве" боли) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение противоэпилептических лекарственных препаратов, антидепрессантов в качестве первой линии терапии нейропатической боли | Да/Нет |
| 7. | Выполнена и отражена в медицинской документации динамическая оценка интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли (ежедневно) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено регулярное введение обезболивающего лекарственного препарата, предпочтительно в неинвазивных формах, через интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предшествующей дозы | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение слабительными средствами (на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение противорвотными лекарственными препаратами и (или) стимуляторами моторики желудочно-кишечного тракта (при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидов, при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение опиоидом в лекарственной форме с немедленным высвобождением для экстренной терапии приступа сильной боли, возникающей на фоне адекватно контролируемой с помощью опиоидной терапии фоновой персистирующей боли (при "прорыве" боли) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение противоэпилептическими лекарственными | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | препаратами, антидепрессантами в качестве первой линии терапии нейропатической боли | |

**18.4. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при хронической боли у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ-10: R52.1, R52.2, R52.9, M25.5, M54.5, M54, R10.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра первичный и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный (с проведением первичного скрининга старческой астении с использованием шкалы "Возраст не помеха" и скрининга саркопении, и с определением риска падений по алгоритму оценки риска падений, и с оценкой факторов риска падений, и с оценкой интенсивности боли, и с использованием опросников DN4) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный (при неэффективности лекарственной терапии более 6 месяцев) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование 25-OH витамина D в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено назначение комплекса упражнений при лечебной физкультуре | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов для местного применения (при болях в спине или суставах и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение колекальциферолом (при недостаточности (дефиците) витамина Д и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение прегабалином или габапентином, или дулоксетином, или венлафаксином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными средствами и противоревматическими лекарственными препаратами (при сильной ноцицептивной боли и (или) при не онкологической боли, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**18.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической боли у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ-10: R52.1, R52.2, R52.9, M25.5, M54.5, M54, R10.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра первичный и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный (с проведением первичного скрининга старческой астении с использованием шкалы "Возраст не помеха" и скрининга саркопении, и с определением риска падений по алгоритму оценки риска падений, и с оценкой факторов риска падений, и с оценкой интенсивности боли, и с использованием опросников DN4) | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный (при неэффективности лекарственной терапии более 6 месяцев) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование 25-ОН витамина D в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами для местного применения (при болях в спине или суставах и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение колекальциферолом (при недостаточности (дефиците) витамина Д и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение прегабалином или габапентином, или дулоксетином, или венлафаксином (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными средствами и противоревматическими лекарственными препаратами (при сильной ноцицептивной боли и (или) при не онкологической боли, при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**18.6. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при старческой астении (код по МКБ-10: R54)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта участкового первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный (с проведением скрининга старческой астении с использованием шкалы "Возраст не помеха" и с составлением плана коррекции выявленных гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено направление на прием (консультацию) врача-гериатра первичный (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику "Возраст не помеха") | Да/Нет |
| 3. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердечных сокращений, и клиноортостатическая проба | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнено исследование 25-ОН витамина D в крови (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику "Возраст не помеха") | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра первичный и комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с оценкой потребности в социальном обслуживании и долговременном уходе, и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение колекальциферола (при дефиците (недостатке) витамина Д (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение мемантина и (или) донепезила, или ривастигмина, или галантамина (при наличии деменции) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение алендроновой кислоты или золедроновой кислоты, или деносумаба, или терипаратида (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**18.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при старческой астении (код по МКБ-10: R54)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта первичный (с проведением скрининга старческой астении с использованием шкалы "Возраст не помеха" и с составлением плана коррекции выявленных гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено направление на прием (консультацию) врача-гериатра первичный (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику "Возраст не помеха") | Да/Нет |
| 3. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения, и ортостатическая проба | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование 25-ОН витамина D в крови (при результате 5 баллов и более по скрининговому опроснику "Возраст не помеха") | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра первичный и комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с оценкой потребности в социальном обслуживании и долговременном уходе, и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено лечение колекальциферолом (при дефиците (недостатке) витамина Д (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение мемантином и (или) донепезилом, или ривастигмином, или галантамином (при наличии деменции) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение алендроновой кислотой или золедроновой кислотой, или деносумабом, или терипаратидом (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-гериатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях (с ежедневной оценкой делирия и факторов риска его развития) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена комплексная гериатрическая оценка функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с оценкой потребности в социальном обслуживании и долговременном уходе, и с формулировкой диагноза с учетом всех гериатрических синдромов) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено исследование креатинина в крови, определение скорости клубочковой фильтрации по уровню креатинина крови расчетным методом | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование общего белка в крови | Да/Нет |
| 13. | Выполнено исследование альбумина в крови | Да/Нет |
| 14. | Выполнено исследование 25-ОН витамина D в крови (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) | Да/Нет |

## 19. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ТРАВМАХ, ОТРАВЛЕНИЯХ И НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

### 19.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытой ране головы (коды по МКБ-10: S01.0, S01.7)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено общеклинический и неврологический осмотр | Да/Нет |
| 2. | Выполнено хирургическая обработка раны или инфицированной ткани в | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | области головы и шеи | |
| 3. | Выполнена вакцинация от столбняка | Да/Нет |

**19.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе дна глазницы (код по МКБ-10: S02.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено физикальное обследование пациента с подозрением на перелом нижней стенки глазницы, выявлены функциональные и косметические изменения | Да/Нет |
| 2. | Выполнены прием (консультация) врача-офтальмолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога (при жалобах на факт потери сознания, тошноту, рвоту, головокружение и (или) при жалобах со стороны ЛОР-органов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография костей черепа | Да/Нет |

**19.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дна глазницы (код по МКБ-10: S02.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено физикальное обследование пациента с подозрением на перелом нижней стенки глазницы, выявлены функциональные и косметические изменения | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-невролога и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога (при жалобах на факт потери сознания, тошноту, рвоту, головокружение и (или) при жалобах со стороны ЛОР-органов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом (при планировании хирургического лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена компьютерная томография костей черепа | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение, в ходе которого достигнуто улучшение функциональных возможностей, внешнего вида пациента | Да/Нет |

**19.4. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломе верхней челюсти (код по МКБ-10: S02.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен внешний осмотр черепно-челюстно-лицевой области, пальпация черепно-челюстно-лицевой области, перкуссия черепно-челюстно-лицевой области | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка общего состояния пациента | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография черепа в прямой и боковых проекциях и (или) компьютерная томография костей лицевого скелета | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога при выявлении клинических признаков повреждения ЛОР-органов | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога при выявлении клинических признаков патологии органа зрения | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение обезболивающих лекарственных препаратов | Да/Нет |
| 8. | Назначены назальные лекарственные препараты местного действия для обеспечения дренажной функции верхнечелюстного синуса, при выявлении перелома верхней челюсти, сопровождающегося повреждением стенки верхнечелюстного синуса | Да/Нет |
| 9. | Выполнена транспортная иммобилизация верхней челюсти | Да/Нет |
| 10. | Выполнена иммобилизация челюстей с помощью ортопедического метода лечения (при наличии достаточного количества зубов и отсутствии признаков тяжелой черепно-мозговой травмы) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена оценка восстановления окклюзионных отношений после проведения ортопедического метода иммобилизации челюстей | Да/Нет |
| 12. | Выполнено контрольное рентгенологическое обследование после проведения иммобилизации верхней челюсти ортопедическим, хирургически-ортопедическим или хирургическим методом | Да/Нет |
| 13. | Выполнено обеспечение режима питания у пациента с переломом верхней челюсти | Да/Нет |
| 14. | Выполнен прием (консультация) врача-челюстно-лицевого хирурга или прием (консультация) врача-стоматолога-хирурга наблюдение за пациентом, в течение периода медицинской реабилитации | Да/Нет |

**19.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе верхней челюсти (код по МКБ-10: S02.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен внешний осмотр черепно-челюстно-лицевой области, | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | пальпация черепно-челюстно-лицевой области, перкуссия черепно-челюстно-лицевой области | |
| 3. | Выполнена оценка общего состояния пациента | Да/Нет |
| 4. | Выполнены рентгенограмма черепа в прямой и боковых проекциях и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |
| 5. | Выполнены прием (консультация) врача-невролога и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога при выявлении клинических признаков повреждения ЛОР-органов | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога при выявлении клинических признаков патологии органа зрения | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение обезболивающих препаратов | Да/Нет |
| 9. | Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика при выявлении показаний к оперативному вмешательству на верхней челюсти и при выявлении признаков воспалительных осложнений переломов верхней челюсти | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение назальными лекарственными препаратами местного действия для обеспечения дренажной функции верхнечелюстного синуса, при выявлении перелома верхней челюсти, сопровождающегося повреждением стенки верхнечелюстного синуса | Да/Нет |
| 11. | Выполнена иммобилизация челюстей с помощью ортопедического метода лечения (при наличии достаточного количества зубов и отсутствии признаков тяжелой черепно-мозговой травмы) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка восстановления окклюзионных отношений после проведения ортопедического метода иммобилизации челюстей | Да/Нет |
| 13. | Выполнен хирургически-ортопедический метод фиксации верхней челюсти, при наличии тяжелой черепно-мозговой травмы и выраженной подвижности отломков | Да/Нет |
| 14. | Выполнен хирургический метод лечения (металлостеосинтез) верхней челюсти при неэффективности ортопедического метода иммобилизации | Да/Нет |
| 15. | Выполнено контрольное рентгенологическое обследование после проведения иммобилизации верхней челюсти ортопедическим, хирургически-ортопедическим или хирургическим методом | Да/Нет |
| 16. | Выполнено обеспечение режима питания у пациента с переломом верхней челюсти | Да/Нет |

**19.6. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломе скуловой кости (код по МКБ-10: S02.4)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен внешний осмотр черепно-челюстно-лицевой области, пальпация черепно-челюстно-лицевой области, перкуссия черепно-челюстно-лицевой области | Да/Нет |
| 3. | Выполнена оценка общего состояния пациента | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография челюстно-лицевой области при наличии признаков перелома скуловой кости (при установлении диагноза и (или) при планировании оперативного лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога или прием (консультация) врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога при выявлении клинических признаков повреждения ЛОР-органов | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога при выявлении клинических признаков патологии органа зрения | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение обезболивающих лекарственных препаратов | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение антибактериальных лекарственных препаратов системного действия, при выявлении показаний к оперативному вмешательству, в связи со смещением фрагментов скуловой кости и при выявлении признаков воспалительных осложнений переломов скуловой кости | Да/Нет |
| 10. | Назначены назальные лекарственные препараты местного действия для обеспечения дренажной функции верхнечелюстного синуса, при выявлении перелома скуловой кости, сопровождающегося повреждением стенки верхнечелюстного синуса | Да/Нет |
| 11. | Выполнен прием (консультация) врача - челюстно-лицевого хирурга или прием (консультация) врача - стоматолога-хирурга (не реже 1 раза в месяц в течение 3 месяцев после травмы) | Да/Нет |

**19.7. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе скуловой кости (код по МКБ-10: S02.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнены внешний осмотр черепно-челюстно-лицевой области, пальпация черепно-челюстно-лицевой области, перкуссия черепно-челюстно-лицевой области | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена оценка общего состояния пациента | Да/Нет |
| 4. | Выполнена компьютерная томография челюстно-лицевой области при наличии признаков перелома скуловой кости (при установлении диагноза и (или) при планировании оперативного лечения) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога или прием (консультация) врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога при выявлении клинических признаков повреждения ЛОР-органов | Да/Нет |
| 7. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога при выявлении клинических признаков патологии органа зрения | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение антибактериальных лекарственных препаратов системного действия при выявлении показаний к оперативному вмешательству, в связи со смещением фрагментов скуловой кости и при выявлении признаков воспалительных осложнений переломов скуловой кости | Да/Нет |
| 9. | Выполнена репозиция скуловой кости или скуловой дуги закрытая при значительных смещениях и открытая репозиция и остеосинтез при оскольчатых переломах | Да/Нет |
| 10. | Выполнена компьютерная томография челюстно-лицевой области после проведенного оперативного вмешательства для контроля | Да/Нет |

**19.8. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломе нижней челюсти (код по МКБ-10: S02.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография костей лицевого скелета обзорная (не менее трех проекций) и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |
| 2. | Выполнены прием (консультация) врача-невролога первичный и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга (при наличии признаков черепно-мозговой травмы) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено удаление зуба из щели перелома (при обнажении корня зуба, при наличии различных патологических изменений и состояний в области удаляемого зуба, в случае, если зуб мешает сопоставлению отломков) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена репозиция и фиксация отломков нижней челюсти посредством наложения шин (ортопедический метод фиксации отломков) и (или) остеосинтеза (хирургический метод фиксации отломков) | Да/Нет |

**19.9. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломе нижней челюсти (код по МКБ-10: S02.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена рентгенография костей лицевого скелета обзорная (не менее трех проекций) и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога первичный и (или) прием (консультация) врача-нейрохирурга (при наличии признаков черепно-мозговой травмы) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено удаление зуба из щели перелома (при обнажении корня зуба, при наличии различных патологических изменений и состояний в области удаляемого зуба, в случае, если зуб мешает сопоставлению отломков) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены репозиция и фиксация отломков нижней челюсти посредством наложения шин (ортопедический метод фиксации отломков) и (или) остеосинтеза (хирургический метод фиксации отломков) | Да/Нет |

**19.10. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при травме глаза закрытой (коды по МКБ-10: H21.0, S04.0, S05.0, S05.1, S05.7, S05.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение противомикробными лекарственными препаратами и (или) другими противомикробными лекарственными препаратами, и (или) кортикостероидами, и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) антибиотиками широкого спектра действия, и (или) другими лекарственными препаратами, применяемыми в офтальмологии, и (или) диуретиками, и (или) ингибиторами карбоангидразы, и (или) ферментными лекарственными препаратами, и (или) антихолинергическими средствами | Да/Нет |

**19.11. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме глаза закрытой (коды по МКБ-10: H21.0, S04.0, S05.0, S05.1, S05.7, S05.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена биомикроскопия глазного дна и (или) офтальмоскопия | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ультразвуковое исследование глаза | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение противомикробными лекарственными препаратами и (или) другими противомикробными лекарственными, препаратами, и (или) кортикостероидами, и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) антибиотиками широкого спектра действия, и (или) другими лекарственными препаратами, применяемыми в офтальмологии, и (или) диуретиками, и (или) ингибиторами карбоангидразы, и (или) ферментными лекарственными препаратами, и (или) антихолинергическими средствами | Да/Нет |
| 7. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |

**19.12. Критерий оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при черепно-мозговой травме (код по МКБ-10: S06)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнен общесоматический и неврологический осмотр с оценкой по шкале Глазго | Да/Нет |

**19.13. Критерии оценки качества специализированной медицинской детям при черепно-мозговой травме (код по МКБ-10: S06)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общесоматический и неврологический осмотр с оценкой по шкале Глазго | Да/Нет |
| 2. | Выполнена компьютерная томография головного мозга или рентгенография черепа (в двух проекциях) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при состоянии по шкале Глазго 9 баллов и ниже) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено суточное прикроватное мониторирование параметров жизненно важных функций организма (при состоянии по шкале Глазго 8 баллов и ниже) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (удаление гематомы) (при сдавлении и смещении вещества мозга, деформации и сдавлении ликворных пространств и угрозе или нарастании дислокационного синдрома с развитием рефрактерной внутричерепной гипертензии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены реабилитационные мероприятия (в первые 72 часа | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | пребывания в стационаре) | |

**19.14. Критерий оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при сотрясении головного мозга (код по МКБ-10: S06.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнен прием (консультация) врача-нейрохирурга и (или) прием (консультация) врача-невролога с оценкой неврологического статуса, уровня сознания по шкале комы Глазго | Да/Нет |

**19.15. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при сотрясении головного мозга (код по МКБ-10: S06.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнена компьютерная томография головного мозга или выполнены рентгенография черепа обзорная и эхоэнцефалоскопия (при наличии медицинских показаний или направлении на амбулаторное лечение) | Да/Нет |

**19.16. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при очаговой травме головного мозга (коды по МКБ-10: S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен общесоматический и неврологический осмотр с оценкой по шкале комы Глазго | Да/Нет |
| 2. | Выполнены интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при состоянии по шкале комы Глазго 9 баллов и ниже) | Да/Нет |

**19.17. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при очаговой травме головного мозга (коды по МКБ-10: S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена оценка компьютерной томографии головного мозга (при отсутствии - рентгенография черепа в двух проекциях) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено начало реабилитационных мероприятий в стационаре в первые 72 часа | Да/Нет |

**19.18. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при закрытой травме грудной клетки (коды по МКБ-10: S20.0, S20.1, S20.2, S20.3, S20.4, S20.7, S20.8, S22.2, S22.3, S22.4, S22.5, S23.4, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S26.8, S26.9, S27.0, S27.1, S27.2, S27.3, S27.4, S27.5, S27.6, S27.7, S27.8, S27.9, S28.0, S29.0, S29.7, S29.8, S29.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-торакального хирурга первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная и (или) компьютерная томография грудной клетки, и (или) магнитно-резонансная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 3. | Выполнено обеспечение проходимости дыхательных путей при оказании неотложной медицинской помощи | Да/Нет |

**19.19. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при закрытой травме грудной клетки (коды по МКБ-10: S20.0, S20.1, S20.2, S20.3, S20.4, S20.7, S20.8, S22.2, S22.3, S22.4, S22.5, S23.4, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S26.8, S26.9, S27.0, S27.1, S27.2, S27.3, S27.4, S27.5, S27.6, S27.7, S27.8, S27.9, S28.0, S29.0, S29.7, S29.8, S29.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-торакального хирурга первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография грудной клетки прицельная, и (или) компьютерная томография грудной клетки, и (или) магнитно-резонансная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 3. | Выполнено хирургическое лечение (при переломе ребер и (или) грудины с нарушением каркасности грудной клетки и парадоксальным дыханием, и (или) при гемотораксе, и (или) при пневмотораксе, и (или) при травмах органов грудной полости, и (или) при продолжающемся кровотечении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена пункция и (или) дренирование плевральной полости (при пневмотораксе и (или) гемотораксе, сопровождающемся декомпенсированной дыхательной недостаточностью, и (или) при напряженном пневмотораксе перед переводом на искусственную вентиляцию легких) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рациональная антибиотикопрофилактика нозокомиальной пневмонии в период стационарного лечения | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами из группы и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено обеспечение проходимости дыхательных путей при оказании неотложной медицинской помощи | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнены дыхательные упражнения дренирующие и (или) лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.20. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе (вывихе) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника (коды по МКБ-10: M48.3, S22.0, S22.1, S23, S23.0, S23.1, S23.3, S24, S24.0, S24.1, S24.2, S32, S32.0, S32.1, S32.2, S33, S33.0, S33.1, S33.2, S33.3, S34, S34.0, S34.1, S34.2, S34.3, T91.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено соблюдение правил иммобилизации и транспортировки | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография грудного отдела позвоночника и (или) рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография грудного отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника с применением компьютерного планирования и моделирования медицинского вмешательства с использованием виртуальной трехмерной модели, и (или) магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника, и (или) магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача по лечебной физкультуре для оценки в динамике функций и жизнедеятельности пациента на основании шкалы реабилитационной маршрутизации на всех этапах медицинской реабилитации | Да/Нет |

**19.21. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе (вывихе) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника (коды по МКБ-10: M48.3, S22.0, S22.1, S23, S23.0, S23.1, S23.3, S24, S24.0, S24.1, S24.2, S32, S32.0 S32.1, S32.2, S33, S33.0, S33.1, S33.2, S33.3, S34, S34.0, S34.1, S34.2, S34.3, T91.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника, и (или) рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография грудного отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника с применением компьютерного планирования и моделирования медицинского вмешательства с использованием виртуальной трехмерной модели, и (или) магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника, и (или) магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнено лечение в условиях стационара врачом - травматологом-ортопедом и (или) врачом-нейрохирургом с определением абсолютных и относительных показаний к проведению экстренного и планового хирургического лечения, а также выявлением противопоказаний (при экстренной госпитализации - в течение 6 часов, при плановой - в течение 3 суток) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с переломом позвоночника и (или) услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию, в течение 48 часов от проведения хирургического лечения | Да/Нет |
| 4. | Выполнена стабилизирующая операция на поврежденном отделе позвоночника в сочетании или без декомпрессии интраканальных сосудисто-нервных образований позвоночника и (или) наложение корсета при патологии поясничного отдела позвоночника, и (или) наложение корсета при патологии грудного отдела позвоночника | Да/Нет |
| 5. | Выполнены рентгенография грудного отдела позвоночника, и (или) рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография грудного отдела позвоночника, и (или) компьютерная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника с применением компьютерного планирования и моделирования медицинского вмешательства с использованием виртуальной трехмерной модели, и (или) магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника, и (или) магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника (для контроля после хирургического лечения) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача по лечебной физкультуре для оценки в динамике функций и жизнедеятельности пациента на основании шкалы реабилитационной маршрутизации на всех этапах медицинской реабилитации | Да/Нет |

**19.22. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе диафиза костей предплечья (коды по МКБ-10: S52.2, S52.20, S52.21, S52.3, S52.30, S52.31, S52.4, S52.40, S52.41, S52.7, S59.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей предплечья, и (или) компьютерная томография суставов, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами и (или) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей пациента с переломом диафизов костей предплечья в случаях выбора консервативного лечения | Да/Нет |

**19.23. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе диафиза костей предплечья (коды по МКБ-10: S52.2, S52.20, S52.21, S52.3, S52.30, S52.31, S52.4, S52.40, S52.41, S52.7, S59.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей предплечья, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза костей предплечья | Да/Нет |
| 5. | Выполнена антибиотикотерапия у пациентов с открытыми переломами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | Да/Нет |

**19.24. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей предплечья (коды по МКБ-10: S52.5, S52.50, S52.51, S52.6, S52.60, S52.61, S52.8, S52.9, S54.0, S54.1, M89.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей предплечья, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей пациента с переломом дистального отдела костей предплечья в случаях выбора консервативного лечения | Да/Нет |

**19.25. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей предплечья (коды по МКБ-10: S52.5, S52.50, S52.51, S52.6, S52.60, S52.61, S52.8, S52.9, S54.0, S54.1, M89.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей предплечья, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома дистального отдела костей предплечья | Да/Нет |
| 5. | Выполнена однократно антибиотикопрофилактика при хирургическом лечении (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | |

**19.26. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела костей предплечья (коды по МКБ-10: S52.0, S52.00, S52.01, S52.1, S52.10, S52.11, S52.7, S52.70, S52.71, S53.0, T92.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей предплечья, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей пациента с переломом диафизов костей предплечья в случаях выбора консервативного лечения | Да/Нет |

**19.27. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела костей предплечья (коды по МКБ-10: S52.0, S52.00, S52.01, S52.1, S52.10, S52.11, S52.7, S52.70, S52.71, S53.0, T92.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография костей предплечья и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) локтевой кости и лучевой кости при поступлении в стационар (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 4. | Выполнено проведение антибактериальной терапии при открытых переломах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или выполнен открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома проксимального отдела костей предплечья | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | Да/Нет |

**19.28. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе диафиза плечевой кости (код по МКБ-10: S42.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография плечевой кости и (или) компьютерная томография верхней конечности (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломе диафиза плечевой кости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.29. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе диафиза плечевой кости (код по МКБ-10: S42.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный с оценкой | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах верхней конечности | |
| 2. | Выполнена рентгенография плечевой кости и (или) компьютерная томография верхней конечности (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей, или скелетное вытяжение, или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или выполнен открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.30. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытой ране запястья и кисти (коды по МКБ-10: S61.0, S61.1, S61.7, S61.8, S61.9, T01.2, T92.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография запястья и кисти, и (или) компьютерная томография запястья и кисти, и (или) магнитно-резонансная томография запястья и кисти пациентам с открытой раной запястья и кисти, с подозрением на наличие перелома костей верхней конечности | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) пациентам с открытой раной, содержащей инородные тела или подверженных риску их попадания для обнаружения инородных тел в мягких тканях | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение асептической повязки | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани в области верхней конечности | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.31. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытой ране запястья и кисти (коды по МКБ-10: S61.0, S61.1, S61.7, S61.8, S61.9, T01.2, T92.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография запястья и кисти, и (или) компьютерная томография запястья и кисти, и (или) магнитно-резонансная томография запястья и кисти пациентам с открытой раной запястья и кисти, с подозрением на наличие перелома костей верхней конечности | Да/Нет |
| 3. | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая область) пациентам с открытой раной, содержащей инородные тела или подверженных риску их попадания для обнаружения инородных тел в мягких тканях | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение асептической повязки | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани в области верхней конечности | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |

**19.32. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломах проксимального отдела бедренной кости (коды по МКБ-10: S72.0, S72.1, S72.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография бедренной кости и рентгенография тазобедренного сустава не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография тазобедренных суставов и (или) магнитно-резонансная томография тазобедренных суставов (при внутрисуставных переломах) не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 4. | Выполнено хирургическое лечение не позднее 48 часов после поступления в стационар (при отсутствии острого нарушения мозгового кровообращения, пневмонии с необходимостью перевода пациента на искусственную вентиляцию легких, острого хирургического заболевания, требующего немедленного оперативного вмешательства, комы любой этиологии, хронической или острой гнойной инфекции в зоне предполагаемого разреза, терминальной стадии соматического заболевания, приведшего к невозможности передвижения пациента еще до перелома, выраженных когнитивных нарушений или психического заболевания, обусловившего обездвиженность пациента еще до перелома) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена тромбопрофилактика венозных тромбоэмболических осложнений | Да/Нет |
| 6. | Выполнена антибиотикопрофилактика при проведении хирургического лечения | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.33. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломах бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной кости) (коды по МКБ-10: S72.3, S72.30, S72.31, S72.4, S72.40, S72.41, S72.7, S72.8, S72.9, T02.3, T02.5, T02.6, T93.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография бедренной кости, и (или) компьютерная томография кости, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено наложение гипсовой повязки при переломах костей или наложение иммобилизационной повязки при переломах костей | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.34. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломах бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной кости) (коды по МКБ-10: S72.3, S72.30, S72.31, S72.4, S72.40, S72.41, S72.7, S72.8, S72.9, T02.3, T02.5, T02.6, T93.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография бедренной кости, и (или) компьютерная томография кости, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено скелетное вытяжение, и (или) наложение наружных фиксирующих устройств, и (или) выполнен интрамедуллярный блокируемый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы гепарина или прямыми ингибиторами фактора Ха, или ингибиторами тромбина прямыми, и (или) эластическая компрессия нижних конечностей, или прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 6. | Выполнено диспансерное наблюдение врача-травматолога-ортопеда пациентам с переломами диафиза и дистального отдела бедренной кости до момента консолидации перелома | Да/Нет |

**19.35. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при открытой ране голени (коды по МКБ-10: S81.7, S81.8, S81.9, T01.3, T93.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография костей голени при подозрении на костно-травматические изменения и (или) наличие инородных тел | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при осложненных ранах и (или) с высоким риском инфицирования раны (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено наложение асептической повязки | Да/Нет |
| 7. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани в области нижней конечности | Да/Нет |
| 8. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.36. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытой ране голени (коды по МКБ-10: S81.7, S81.8, S81.9, T01.3, T93.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография костей голени с подозрением на костно-травматические изменения и (или) наличие инородных тел | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия при осложненных ранах и (или) с высоким риском инфицирования раны (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинских противопоказаний) | |
| 5. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено наложение асептической повязки | Да/Нет |
| 7. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани в области нижней конечности | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.37. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при вывихе надколенника (коды по МКБ-10: S83.0, M22.0, M22.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография коленного сустава, и (или) компьютерная томография сустава, и (или) магнитно-резонансная томография коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 6. | Выполнены вправление вывиха сустава, и (или) артроскопическая фиксация остехондральных переломов коленного сустава с помощью винта, и (или) открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, и (или) миокапсулопластика при привычном вывихе надколенника, и (или) артроскопическое восстановление медиального ретинакулима надколенника с помощью анкерных фиксаторов, и (или) реконструкция кости (остеотомия кости) | Да/Нет |

**19.38. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вывихе надколенника (коды по МКБ-10: S83.0, M22.0, M22.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены рентгенография коленного сустава, и (или) компьютерная томография коленного сустава, и (или) магнитно-резонансная томография коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 5. | Выполнены вправление вывиха сустава, и (или) артроскопическая фиксация остехондральных переломов коленного сустава с помощью винта, и (или) открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, и (или) миокапсулопластика при привычном вывихе надколенника, и (или) артроскопическое восстановление медиального ретинакулима надколенника с помощью анкерных фиксаторов, и (или) реконструкция кости (остеотомия кости) | Да/Нет |

**19.39. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждении мениска коленного сустава (коды по МКБ-10: S83.2, M23.0, M23.2, M23.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование рентгенография коленного сустава, и (или) магнитно-резонансная томография коленного сустава, и (или) ультразвуковое исследование коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |

**19.40. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждении мениска коленного сустава (коды по МКБ-10: S83.2, M23.0, M23.2, M23.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование рентгенография коленного сустава, и (или) магнитно-резонансная томография коленного сустава, и (или) ультразвуковое исследование коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена менискэктомия коленного сустава артроскопическим доступом или шов мениска артроскопическим доступом при наличии острой или стойкой блокады коленного сустава, затрудняющей нормальное передвижение пациента и выполнение им профессиональной (спортивной) деятельности для устранения блокады и болевого синдрома, в случае неэффективности консервативного лечения в течение 6 недель | Да/Нет |
| 4. | Выполнена стационарная реабилитация по программе раннего постоперационного периода при хирургическом лечении при повреждении менисков коленного сустава | Да/Нет |

**19.41. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждении хряща коленного сустава (коды по МКБ-10: S83.3, M23.4, M94.2, M94.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены исследование рентгенография коленного сустава и (или) магнитно-резонансная томография коленного сустава, и (или) ультразвуковое исследование коленного сустава, и (или) компьютерная томография коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |

**19.42. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждении хряща коленного сустава (коды по МКБ-10: S83.3, M23.4, M94.2, M94.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены исследование рентгенография коленного сустава, и (или) магнитно-резонансная томография коленного сустава, и (или) ультразвуковое исследование коленного сустава, и (или) компьютерная томография коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 4. | Выполнены артроскопия диагностическая и (или) хондропластика коленного сустава мозаичная артроскопическим доступом при лечении глубоких локальных повреждений хряща коленного сустава с целью замещения участка пораженной суставной поверхности, локализующейся в области концентрации нагрузок | Да/Нет |

**19.43. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждении связок коленного сустава (коды по МКБ-10: S83.4, S83.5, S83.6, S83.7, M23.5, M23.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография коленного сустава и (или) магнитно-резонансная томография коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы | Да/Нет |

**19.44. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждении связок коленного сустава (коды по МКБ-10: S83.4, S83.5, S83.6, S83.7, M23.5, M23.6)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены рентгенография коленного сустава и (или) магнитно-резонансная томография коленного сустава (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена пластика передней и (или) задней крестообразной связки коленного сустава артроскопическим доступом и (или) консервативное лечение при наличии у пациента стойких противопоказаний к хирургическому лечению (множественные сопутствующие заболевания, возраст пациента старше 60 лет, деформирующий артроз 3 - 4 степени, дегенеративные повреждения передней крестообразной связки, не имеющие выраженной симптоматики, а также не мешающие образу жизни или деятельности пациента) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы (после проведенного хирургического лечения) | Да/Нет |

**19.45. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям и взрослым при инородном теле роговицы (коды по МКБ-10: T15.0, S05.5, S05.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение противомикробными лекарственными препаратами и (или) прочими противомикробными лекарственными препаратами, и (или) кортикостероидами, и (или) антибиотиками широкого спектра действия, и (или) другими лекарственными препаратами, применяемыми в офтальмологии, и (или) введение подкожно антитоксина столбнячного в дозе 3000 МЕ | Да/Нет |
| 6. | Выполнено удаление инородного тела роговицы | Да/Нет |
| 7. | Выполнены компьютерная томография глазниц и компьютерная томография околоносовых пазух, компьютерная томография гортани пациентам с инородным телом роговицы со средней и тяжелой степенью травмы для исключения других внутриглазных инородных тел, инородных тел глазницы, головного мозга | Да/Нет |

**19.46. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям и взрослым при инородном теле роговицы (коды по МКБ-10: T15.0, S05.5, S05.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение противомикробными лекарственными препаратами и (или) прочими противомикробными лекарственными препаратами, и (или) кортикостероидами, и (или) антибиотиками широкого спектра действия, и (или) другими лекарственными препаратами, применяемыми в офтальмологии, и (или) введение подкожно антитоксина столбнячного в дозе 3000 МЕ | Да/Нет |
| 6. | Выполнено удаление инородного тела роговицы | Да/Нет |
| 7. | Выполнены компьютерная томография глазниц и компьютерная томография околоносовых пазух, компьютерная томография гортани пациентам с инородным телом роговицы со средней и тяжелой степенью травмы для исключения других внутриглазных инородных тел, инородных тел глазницы, головного мозга | Да/Нет |

**19.47. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при инородном теле в пищеварительном тракте (код по МКБ-10: T18)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга или прием (консультация) врача - детского хирурга | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография мягких тканей шеи в двух проекциях при инородном теле в пищеводе | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная и рентгенография брюшной полости обзорная | Да/Нет |

**19.48. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инородном теле в пищеварительном тракте (код по МКБ-10: T18)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга или прием (консультация) врача-детского хирурга | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена рентгенография мягких тканей шеи в двух проекциях при инородном теле в пищеводе | Да/Нет |
| 3. | Выполнены рентгенография грудной клетки обзорная и рентгенография брюшной полости обзорная | Да/Нет |
| 4. | Выполнены рентгенография и (или) рентгеноскопия глотки и пищевода с контрастированием водорастворимым рентгеноконтрастным средством при перфорации пищевода | Да/Нет |
| 5. | Выполнены компьютерная томография грудной клетки и (или) компьютерная томография брюшной полости при перфорации или другом осложнении, вызванном инородным телом, требующем хирургического вмешательства | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия при отрицательных данных рентгенологического исследования | Да/Нет |
| 7. | Выполнено в экстренной форме удаление инородного тела пищевода эндоскопическим доступом, в случае острых инородных тел, батареек, полной обструкции пищевода вклиненным пищевым комком | Да/Нет |
| 8. | Выполнено в неотложной форме удаление инородного тела из пищевода эндоскопическим доступом, не вызвавшего его полную обструкцию, и (или) из желудка, и (или) из проксимальной части двенадцатиперстной кишки | Да/Нет |
| 9. | Выполнено хирургическое вмешательство в случаях, когда инородное тело не удалось и (или) невозможно извлечь эндоскопическим путем, и при осложнениях, вызванных инородным телом | Да/Нет |

**19.49. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при ожогах термических и химических, ожогах солнечных, ожогах дыхательных путей (коды по МКБ-10: T20 - T25, T27, T29 - T32, L55, T95)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено обезболивание анальгетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено наложение повязки при ожогах с использованием салфеток марлевых медицинских стерильных, пропитанных растворами антисептиков и дезинфицирующих средств или антибиотиками в комбинации с противомикробными средствами в форме мази для наружного применения, и (или) синтетических или биологических повязок (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.50. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ожогах термических и химических, ожогах солнечных, ожогах дыхательных путей (коды по МКБ-10: T20 - T25, T27, T29 - T32, L55, T95)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено обезболивание анальгетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани не позднее 24 часов (при ожоговых ранах) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено наложение повязки при ожогах с использованием салфеток марлевых медицинских стерильных, пропитанных растворами антисептиков и дезинфицирующих средств или антибиотиками в комбинации с противомикробными средствами в форме мази для наружного применения, и (или) синтетических или биологических повязок (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование концентрации общего гемоглобина в крови в динамике после травмы при ожоговом шоке | Да/Нет |
| 5. | Выполнен мониторинг параметров жизненно важных функций организма у пациента с обширным ожогом и (или) тяжелой ингаляционной травмой при ожоговом шоке | Да/Нет |
| 6. | Выполнен расчет объема инфузионной терапии на первые 24 часа после травмы и экстренно начато ее проведение (при ожоговом шоке) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена бронхоскопия не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при ингаляционной травме) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено ингаляционное введение лекарственных препаратов (при ингаляционной травме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение ингибиторами протонного насоса или блокаторами Н2-гистаминовых рецепторов у пациентов с ожогами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена некротомия (при глубоких циркулярных ожогах конечностей и шеи, при других глубоких поражениях, когда высок риск сдавления и ишемии формирующимися некротизированными тканями, а также при циркулярных ожогах грудной клетки, ограничивающих ее экскурсию) | Да/Нет |

**19.51. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при ожогах глаз (код по МКБ-10: T26)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение кортикостероидами и (или) противомикробными лекарственными препаратами, и (или) другими лекарственными препаратами, применяемыми в офтальмологии, и (или) антихолинергическими средствами, и (или) ферментными препаратами | Да/Нет |

**19.52. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ожогах глаз (код по МКБ-10: T26)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнена визометрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена биомикроскопия переднего отдела глаза | Да/Нет |
| 4. | Выполнена флюоресцеиновая инстилляционная проба | Да/Нет |
| 5. | Выполнено лечение кортикостероидами и (или) противомикробными лекарственными препаратами, и (или) другими лекарственными препаратами, применяемыми в офтальмологии, и (или) антихолинергическими средствами, и (или) ферментными препаратами | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение | Да/Нет |
| 7. | Выполнено незамедлительное обильное промывание глаза водой или раствором натрия хлорида 0,9% однократно в течение 15 минут при поступлении в стационар пациента со свежим ожогом глаз | |

**19.53. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при химическом ожоге пищевода (коды по МКБ-10: T28.5, T28.6, T28.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, общий (клинический) анализ мочи, исследование общего билирубина в крови, исследование билирубина связанного (конъюгированного) в крови, исследование билирубина свободного (неконъюгированного) в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование хлора в крови, исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование свободного гемоглобина в крови и моче (при отравлении уксусной кислотой) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография брюшной полости обзорная | Да/Нет |
| 6. | Выполнено рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) пищевода с пероральным контрастированием и рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) желудка и двенадцатиперстной кишки с пероральным контрастированием | Да/Нет |
| 7. | Выполнена комплексная терапия отравления веществами прижигающего действия, включающая удаление токсиканта из желудочно-кишечного тракта, местное лечение и детоксикацию | Да/Нет |
| 8. | Выполнено хирургическое лечение в экстренной форме при клинических и рентгенологических признаках перфорации пищевода и (или) желудка | Да/Нет |
| 9. | Выполнено бужирование пищевода без использования эндоскопических технологий или бужирование пищевода эндоскопическим доступом при формировании рубцовой стриктуры | Да/Нет |
| 10. | Выполнены исследование активности альфа-амилазы в крови, исследование активности щелочной фосфатазы в крови, исследование активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови пациентам с признаками нефропатии, гепатопатии, почечно-печеночной недостаточности и другой патологии | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия контрольная пациентам со II - III степенью химического ожога пищевода в сроки от 4 до 6 недель | Да/Нет |
| 12. | Выполнена анальгетическая терапия | Да/Нет |
| 13. | Выполнена интубация трахеи пациентам с химическим ожогом пищевода при угрозе асфиксии (при невозможности интубации - трахеостомия) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнено лечение ингибиторами протонного насоса, обволакивающими лекарственными препаратами, оказывающими местное заживляющее действие, антацидами пациентам с признаками химического ожога пищевода | Да/Нет |
| 16. | Выполнено направление на реконструктивно-пластические операции при неэффективности дилатационных процедур в течение 24 месяцев | Да/Нет |

**19.54. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отморожениях, гипотермии, других эффектах воздействия низкой температуры (коды по МКБ-10: T33 - T35, T68, T69, T95)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка |
|---|---|---|

| п/п | | выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено наложение на пострадавшие сегменты тела теплоизолирующих повязок в дореактивный период (при отморожении, независимо от предполагаемой степени (глубины) поражения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов (после первичной хирургической обработки раны или туалета раны при отморожениях II - IV степени) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено согревание пострадавшего с общим переохлаждением (если не было проведено ранее) | |

**19.55. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отморожениях, гипотермии, других эффектах воздействия низкой температуры (коды по МКБ-10: T33 - T35, T68, T69, T95)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено наложение на пострадавшие сегменты тела теплоизолирующих повязок в дореактивный период (при отморожении, независимо от предполагаемой степени (глубины) поражения) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов (после первичной хирургической обработки раны или туалета раны при отморожениях II - IV степени) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено измерение базальной температуры тела пострадавшего (при подозрении на общее переохлаждение) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено согревание пострадавшего с общим переохлаждением (если не было проведено ранее) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани (при отморожениях II - IV степени) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое лечение отморожений III - IV степени | Да/Нет |

**19.56. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при трансплантации поджелудочной железы, наличии трансплантированной поджелудочной железы, отмирании и отторжении трансплантата поджелудочной железы (T86.8, Z94.8)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-эндокринолога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнены определение группы крови по системе AB0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией), определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность), определение HLA-антигенов и проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | антигенам главного комплекса гистосовместимости донора, и определение содержания антител к антигенам главного комплекса гистосовместимости в крови | |
| 4. | Выполнены качественное определение ДНК вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, и качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови, качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1,2/Ag p24) в крови, качественное и полуколичественное определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови в нетрепонемных тестах (VDRL, РМП, RPR), в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование фибриногена в крови, исследование активности антитромбина в крови, исследование плазминогена в крови, исследование протромбинового (тромбопластинового) времени в крови с представлением результатов в секундах, % по Квику и относительных единицах (международного нормализованного отношения), активированного частичного тромбопластинового времени в крови клоттинговым методом | Да/Нет |
| 6. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия | |
| 9. | Выполнено лечение противогрибковыми лекарственными препаратами системного действия | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение антикоагулянтом прямого действия | Да/Нет |
| 11. | Выполнено лечение такролимусом или микофенолата мофетилом (микофеноловой кислотой) и преднизолоном, или метилпреднизолоном и базиликсимабом, или иммуноглобулином антитимоцитарным | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение валганцикловиром | Да/Нет |
| 13. | Выполнен диспансерный прием врача-хирурга | Да/Нет |

**19.57. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при лечении острой травмы зубов (коды по МКБ-10: S02.5, S03.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр полости рта и зубов | Да/Нет |
| 3. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 4. | Выполнен рентгенологический метод исследования в области | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | травмированных зубов для дифференциальной диагностики между различными видами травматических поражений, а также оценки целостности твердых тканей зубов и челюстей | |
| 5. | Выполнена электроодонтометрия зуба | Да/Нет |
| 6. | Выполнена термодиагностика зуба | Да/Нет |
| 7. | Выполнено сглаживание острых краев зуба при переломе коронки в пределах эмали временного зуба и (или) при переломе коронки в пределах поверхностных слоев эмали постоянного зуба, и (или) при переломе коронки в пределах эмали и дентина временного зуба, когда остается 1 - 1,5 года до смены на постоянный зуб, и (или) в случаях, когда невозможно осуществить реставрацию коронковой части зуба | Да/Нет |
| 8. | Выполнена временная реставрация коронковой части зуба при первичном обращении пациента с переломом коронки в пределах эмали и дентина без обнажения пульпы в случаях, когда невозможно проведение постоянного восстановления дефекта твердых тканей зуба | Да/Нет |
| 9. | Выполнена реставрация коронковой части зуба при переломе коронки в пределах эмали, или эмали и дентина | Да/Нет |
| 10. | Выполнена реставрация собственным отломком коронковой части зуба при переломе коронки в пределах эмали и дентина постоянных зубов в случае, если пациенту или его законным представителям удается сохранить отделившийся фрагмент зуба | Да/Нет |
| 11. | Выполнено прямое покрытие пульпы при прохождении линии перелома через эмаль и дентин коронки зуба с точечным обнажением пульпы зуба, когда пациент обратился за помощью в течение 24 часов после травмы | Да/Нет |
| 12. | Выполнена частичная пульпотомия при прохождении линии перелома через эмаль и дентин коронки с обнажением пульпы зуба в случаях, когда с момента травмы до обращения прошло не более 36 часов | Да/Нет |
| 13. | Выполнена витальная ампутация при прохождении линии перелома через эмаль и дентин коронки с обнажением пульпы зуба в случаях, когда с момента травмы до обращения прошло до 48 часов | Да/Нет |
| 14. | Выполнен экстирпационный метод при прохождении линии перелома коронки через эмаль и дентин с обнажением пульпы зуба и (или) при наличии признаков воспалительного процесса в пульпе зуба | Да/Нет |
| 15. | Выполнено избирательное пришлифовывание твердых тканей зуба при ушибе, неполном вывихе зуба при наличии суперконтакта | Да/Нет |
| 16. | Выполнено шинирование при неполном вывихе с подвижностью зуба II - III степени и (или) при переломе корня, полном вывихе зуба | Да/Нет |

**19.58. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при лечении острой травмы зубов (коды по МКБ-10: S02.5, S03.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр полости рта и зубов | Да/Нет |
| 3. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 4. | Выполнен рентгенологический метод исследования в области травмированных зубов для дифференциальной диагностики между различными видами травматических поражений, а также оценки целостности твердых тканей зубов и челюстей | Да/Нет |
| 5. | Выполнен регулярный контроль концентрации такролимуса всем пациентам после трансплантации для оптимальной коррекции дозы | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение преднизолона (метилпреднизолона) в стартовую иммуносупрессивную терапию в периоперационный и ранний послеоперационный периоды | Да/Нет |

**19.59. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при ранах мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ-10: S00.1, S00.2, S00.5, S01.1, S01.4, S01.5, S01.7, S01.8, S03.4, S08.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено установление механизма, даты и времени травмы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-нейрохирурга и (или) прием (консультация) врача-невролога, и (или) прием (консультация) врача-офтальмолога, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога после выполнения компьютерной томографии при подозрении на черепно-мозговую травму при наличии медицинских показаний | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга или прием (консультация) врача-детского хирурга при подозрении на повреждения внутренних органов | Да/Нет |
| 5. | Выполнена хирургическая обработка ран с учетом функциональных и эстетических требований, которые предусмотрены при реконструктивных операциях на лице | Да/Нет |
| 6. | Выполнена некрэктомия (в минимальном объеме) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено послойное сшивание кожи и подкожной клетчатки, восстановление мышц и сухожилий лица | Да/Нет |
| 8. | Выполнена первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области, сочетающихся с их изъяном, с применением методов первичной пластики | Да/Нет |
| 9. | Выполнено наложение глухого шва при обработке ран мягких тканей лица сразу при первичной хирургической обработки раны | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнено наложения шва на слизистую оболочку рта с целью разобщения сквозной раны с полостью рта | Да/Нет |
| 11. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.60. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ранах мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ-10: S00.1, S00.2, S00.5, S01.1, S01.4, S01.5, S01.7, S01.8, S03.4, S08.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено установление механизма, даты и времени травмы | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование | Да/Нет |
| 3. | Выполнены прием (консультация) врача-нейрохирурга, и (или) прием (консультация) врача-невролога, и (или) прием (консультация) врача-офтальмолога, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога после выполнения компьютерной томографии при подозрении на черепно-мозговую травму при наличии медицинских показаний | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга или прием (консультация) врача-детского хирурга при подозрении на повреждения внутренних органов | Да/Нет |
| 5. | Выполнена хирургическая обработка ран с учетом функциональных и эстетических требований, которые предусмотрены при реконструктивных операциях на лице | Да/Нет |
| 6. | Выполнена некрэктомия (в минимальном объеме) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено послойное сшивание кожи и подкожной клетчатки, восстановление мышц и сухожилий лица | Да/Нет |
| 8. | Выполнена первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области, сочетающихся с их изъяном, с применением методов первичной пластики | Да/Нет |
| 9. | Выполнено наложение глухого шва при обработке ран мягких тканей лица сразу при первичной хирургической обработке раны | Да/Нет |
| 10. | Выполнено наложения шва на слизистую оболочку рта с целью разобщения сквозной раны с полостью рта | Да/Нет |
| 11. | Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение антитоксина столбнячного и анатоксина | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | столбнячного (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 13. | Выполнено введение вакцины для профилактики бешенства и иммуноглобулина антирабического при укушенных ранах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.61. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при переломе нижней челюсти (код по МКБ-10: S02.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены оценка состояния пациента, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр челюстно-лицевой области | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография всего черепа не менее чем в 2 проекциях и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога или прием (консультация) врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы | Да/Нет |
| 5. | Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и (или) хирургическим методами иммобилизации | Да/Нет |
| 6. | Выполнена репозиция отломков нижней челюсти закрытая до первоначальной формы кости | Да/Нет |
| 7. | Выполнена контрольная рентгенография черепа обзорная не менее чем в 2 проекциях и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |

**19.62. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при переломе нижней челюсти (код по МКБ-10: S02.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнены оценка состояния пациента, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр челюстно-лицевой области | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография всего черепа не менее чем в 2 проекциях и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога или прием (консультация) врача-нейрохирурга при выявлении клинических признаков черепно-мозговой травмы | Да/Нет |
| 5. | Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и (или) хирургическим методами иммобилизации | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнено репозиция отломков нижней челюсти закрытая до первоначальной формы кости | Да/Нет |
| 7. | Выполнена контрольная рентгенография всего черепа не менее чем в 2 проекциях и (или) компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |

**19.63. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при переломе верхней челюсти и скуловой кости (код по МКБ-10: S02.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование челюстно-лицевой области | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях, аксиальной или полуаксиальной проекциях или компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога или прием (консультация) врача-нейрохирурга при выявлении клинически признаков черепно-мозговой травмы | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога при выявлении клинически признаков патологии ЛОР-органов | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога при выявлении клинически признаков патологии органа зрения | Да/Нет |
| 7. | Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и (или) хирургическим методами иммобилизации | Да/Нет |
| 8. | Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более (со стороны повреждения) проекции черепа, аксиальной или полуаксиальной проекциях или компьютерная томография лицевого отдела черепа (после хирургического лечения перед выпиской) | Да/Нет |

**19.64. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при переломе верхней челюсти и скуловой кости (код по МКБ-10: S02.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено выяснение обстоятельств получения травмы, сбор анамнеза и жалоб | Да/Нет |
| 2. | Выполнено физикальное обследование челюстно-лицевой области | Да/Нет |
| 3. | Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях, аксиальной или полуаксиальной проекциях или компьютерная томография лицевого отдела черепа | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-невролога или прием (консультация) врача-нейрохирурга при выявлении клинически признаков черепно-мозговой травмы | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога при выявлении клинически признаков патологии ЛОР-органов | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога при выявлении клинически признаков патологии органа зрения | Да/Нет |
| 7. | Выполнена стабильная фиксация отломков челюсти ортопедическим и (или) хирургическим методами иммобилизации | Да/Нет |
| 8. | Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более (со стороны повреждения) проекции черепа, аксиальной или полуаксиальной проекциях или компьютерная томография лицевого отдела черепа (после хирургического лечения перед выпиской) | Да/Нет |

**19.65. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке (коды по МКБ-10: Т78.0, Т78.2, Т80.5, Т88.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прекращение поступления аллергена в организм всех пациентов с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено незамедлительное введение эпинефрина всем пациентам с анафилаксией (анафилактическим шоком) внутримышечно из расчета 0.01 мг/кг, максимальная разовая доза для взрослого пациента составляет 0.5 мг, для ребенка - 6 - 12 лет - 0.3 мг, до 6 лет - 0.15 мг | Да/Нет |
| 3. | Выполнен вызов скорой медицинской помощи всем пациентам с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 4. | Выполнены мониторинг показателей артериального давления, мониторинг показателей частоты сердечных сокращений, измерение частоты дыхательных движений пациенту с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение повторной дозы эпинефрина внутримышечно не менее чем через 5 минут после предыдущей при отсутствии ответа на первую дозу у пациента с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено внутривенное введение эпинефрина пациенту с анафилаксией (анафилактическим шоком) при недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина только при мониторировании сердечной деятельности | Да/Нет |
| 7. | Выполнено введение кортикостероидов для системного использования всем пациентам с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации на срок не менее 24 часов | Да/Нет |

**19.66. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке (коды по МКБ-10: T78.0, T78.2, T80.5, T88.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прекращение поступления аллергена в организм пациента с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено незамедлительное введение эпинефрина пациенту с анафилаксией (анафилактическим шоком) внутримышечно из расчета 0.01 мг/кг, максимальная разовая доза для взрослого пациента составляет 0.5 мг, для ребенка - 6 - 12 лет - 0.3 мг, до 6 лет - 0.15 мг | Да/Нет |
| 3. | Выполнены мониторинг показателей частоты сердечных сокращений, мониторинг показателей артериального давления, измерение частоты дыхательных движений пациенту с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено введение повторной дозы эпинефрина внутримышечно не менее чем через 5 минут после предыдущей при отсутствии ответа на первую дозу у пациента с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено внутривенное введение эпинефрина пациенту с анафилаксией (анафилактическим шоком) при недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина только при мониторировании сердечной деятельности | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение кортикостероидов для системного использования всем пациентам с анафилаксией (анафилактическим шоком) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации на срок не менее 24 ч | Да/Нет |
| 8. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.67. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при вывихе шейного позвонка (коды по МКБ-10: S10.8, S12.0, S12.1, S12.2, S12.7, S13.0, S13.1, S13.3, S13.4, S14.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено наложение жесткого головодержателя | Да/Нет |
| 2. | Выполнена госпитализация пострадавшего в профильное отделение | Да/Нет |

**19.68. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вывихе шейного позвонка (коды по МКБ-10: S10.8, S12.0, S12.1, S12.2, S12.7, S13.0, S13.1, S13.3, S13.4, S14.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена госпитализация в отделение хирургического профиля | Да/Нет |
| 2. | Выполнено оценка неврологического статуса с оценкой по шкале ASIA/ISCSCI | Да/Нет |
| 3. | Выполнена компьютерная томография шейного отдела позвоночника (при отсутствии - рентгенография шейного отдела позвоночника в трех проекциях) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено назначение антитромботических средств пострадавшим с острым неврологическим дефицитом | Да/Нет |
| 5. | Выполнено контрольное исследование после хирургического лечения (рентгенография или компьютерная томография или магнитно-резонансная томография) | Да/Нет |
| 6. | Выполнены мероприятия медицинской реабилитации не позднее 48 часов от проведения хирургического вмешательства | Да/Нет |
| 7. | Выполнено нейрохирургическое вмешательство при наличии показаний к операции | Да/Нет |
| 8. | Выполнена оценка функций и жизнедеятельности пациента на основании шкалы реабилитационной маршрутизации в динамике на всех этапах медицинской реабилитации | Да/Нет |

**19.69. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при травме уха (коды по МКБ-10: S00.4, S01.3, S09.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача), или прием (консультация) врача-педиатра участкового первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена отоскопия | Да/Нет |
| 3. | Пациент с осложненными формами травмы уха направлен для оказания медицинской помощи в условиях стационара | Да/Нет |

**19.70. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме уха (коды по МКБ-10: S00.4, S01.3, S09.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена отоскопия | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение в условиях стационара врачом-оториноларингологом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено лечение антибактериальными лекарственными препаратами системного действия (пациентам с поверхностной травмой уха при наличии инфицированной раны, а также поверхностной травмой уха, осложненной перихондритом ушной раковины) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани наружного уха | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 6. | Выполнено определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 7. | Выполнена пороговая тональная аудиометрия | Да/Нет |

**19.71. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при травме гортани (коды по МКБ-10: S10.0, S10.1, S11.0, R04.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена ларингоскопия | Да/Нет |
| 3. | Выполнено купирование (остановка) кровотечения из наружной раны (при его наличии) | Да/Нет |
| 4. | Пациент с осложненной травмой гортани направлен для оказания медицинской помощи в условиях стационара | Да/Нет |

**19.72. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме гортани (коды по МКБ-10: S10.0, S10.1, S11.0, R04.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено лечение в условиях стационара врачом-оториноларингологом | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение гемостатическими средствами и (или) хирургическое лечение (при наличии признаков наружного кровотечения или кровотечения из горла) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена хирургическая обработка раны | Да/Нет |
| 5. | Выполнена ларингоскопия | Да/Нет |

**19.73. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при**

**травме носа (коды по МКБ-10: S00.3, S01.2, S02.2, S02.20, S02.21)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врачом-оториноларингологом первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей лицевого скелета и (или) компьютерная томография костей лицевого отдела черепа (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии костей лицевого отдела черепа) (пациенту старше 3 лет) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена хирургическая обработка открытой раны носа | Да/Нет |
| 4. | Выполнена репозиция костей носа (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение репозиции костей носа) (при деформации наружного носа) | Да/Нет |
| 5. | Пациент при наличии медицинских показаний направлен для оказания медицинской помощи в условиях стационара | Да/Нет |

**19.74. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при травме носа (коды по МКБ-10: S00.3, S01.2, S02.2, S02.20, S02.21)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено прием (консультация) врачом-оториноларингологом первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография костей лицевого скелета и (или) компьютерная томография костей лицевого отдела черепа (или направление пациента в медицинскую организацию, где возможно выполнение компьютерной томографии костей лицевого отдела черепа) (пациенту старше 3 лет) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена хирургическая обработка открытой раны носа | Да/Нет |
| 4. | Выполнена репозиция костей носа (или направление пациента в медицинскую организацию, в которой возможно выполнение репозиции костей носа) (при деформации наружного носа) | Да/Нет |

**19.75. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при множественных переломах мозгового и лицевого отделов черепа (коды по МКБ-10: S02.0, S02.1, S02.4, S02.6, S02.7, S02.70, S02.71, S02.8, S02.80, S02.81, S02.9, S02.90, S02.91, S07)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена первичная хирургическая обработка ран | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена компьютерная томография костей черепа | Да/Нет |
| 3. | Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений в области хирургического вмешательства | Да/Нет |
| 4. | Выполнена срочная интубация трахеи или установлен S-образный воздуховод при кровотечении и наличии переломов основания и лицевого отдела черепа с угрозой аспирации | Да/Нет |
| 5. | Выполнены антибиотикотерапия (больным с загрязнением раны инородными телами, пластикой вдавленного перелома протезом, нагноившимися ранами головы) | Да/Нет |
| 6. | Выполнен прием (консультация) врача-нейрохирурга первичный, и (или) прием (консультация) врача - челюстно-лицевого хирурга первичный, и (или) осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом первичный, и (или) прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, и (или) прием (консультация) врача-хирурга первичный, и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный, и (или) прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный, и (или) прием (консультация) врача-офтальмолога первичный | Да/Нет |
| 7. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 8. | Выполнена спинномозговая пункция и общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости при подозрении на развивающиеся интракраниальные гнойно-воспалительные осложнения | Да/Нет |
| 9. | Выполнена компьютерная томография головного мозга | Да/Нет |

**19.76. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при воздействии вибрации (вибрационной болезни) (коды по МКБ-10: T75.2, I73.0, G62.8, G56.0, M77.2, M19.2, M54.1, Z57.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-профпатолога | Да/Нет |
| 2. | Выполнен анализ медицинской документации, в том числе данных обязательных медицинских осмотров, выписки из карты амбулаторного пациента, и копии трудовой книжки, санитарно-гигиенической характеристики условий труда | Да/Нет |
| 3. | Выполнена термометрия дистальных фаланг пальцев и тыла кистей (при воздействии локальной и (или) общей вибрации) и стоп (при воздействии общей вибрации) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена паллестезиометрия | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение витаминами группы В при полинейропатии конечностей | Да/Нет |
| 6. | Назначено лечение периферическими вазодилятаторами при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | периферическом ангиодистоническом синдроме | |
| 7. | Выполнена немедикаментозная терапия лицам с ранними признаками воздействия вибрации | Да/Нет |

**19.77. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при воздействии вибрации (вибрационной болезни) (коды по МКБ-10: T75.2, I73.0, G62.8, G56.0, M77.2, M19.2, M54.1, Z57.7)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен анализ медицинской документации, в том числе данных обязательных медицинских осмотров, выписки из карты амбулаторного пациента, и копии трудовой книжки, санитарно-гигиенической характеристики условий труда | Да/Нет |
| 2. | Выполнена термометрия дистальных фаланг пальцев и тыла кистей (при воздействии локальной и (или) общей вибрации) и стоп (при воздействии общей вибрации) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена паллестезиометрия | Да/Нет |
| 4. | Выполнена холодовая проба (при отсутствии медицинских противопоказаний: холодовая аллергия (холодовая крапивница), сердечно-сосудистая патология (инфаркт миокарда в анамнезе, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов различной локализации с нарушением кровообращения и другие), плохая переносимость холодовой пробы ранее (выраженный болевой синдром, приступ головной боли, боли в области сердца и другие) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены реовазография и (или) лазерная допплеровская флоуметрия периферических сосудов верхних конечностей (при воздействии локальной и (или) общей вибрации) и нижних конечностей (при воздействии общей вибрации) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электронейромиография стимуляционная (один нерв) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена рентгенография лучезапястных и (или) локтевых суставов при воздействии локальной вибрации и при клинических проявлениях артроза соответствующей локализации | Да/Нет |
| 8. | Выполнена рентгенография поясничного-крестцового отдела позвоночника или компьютерная томография поясничного-крестцового отдела позвоночника, или магнитно-резонансная томография поясничного-крестцового отдела позвоночника при воздействии общей вибрации и клинических проявлениях пояснично-крестцовой радикулопатии | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение витаминами группы В при полинейропатии конечностей | Да/Нет |
| 10. | Выполнено лечение периферическими вазодилятаторами при периферическом ангиодистоническом синдроме | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнена капилляроскопия | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка интенсивности боли в динамике | Да/Нет |
| 13. | Выполнена оценка наличия нейропатического характера боли (шкала нейропатической боли (DN4) и других) при наличии болевого синдрома | Да/Нет |
| 14. | Выполнено клиническое обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения при болях в нижней части спины | Да/Нет |

**19.78. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при закрытых повреждениях мягких тканей конечностей (коды по МКБ-10: S40.0, S46.7, S46.8, S46.9, S50.0, S50.1, S56.7, S56.8, S60.0, S60.1, S60.2, S66.6, S66.7, S66.8, S66.9, S70.0, S70.1, S73.1, S76.1, S76.3, S76.4, S76.7, S79.7, S79.8, S80.0, S80.1, S80.7, S80.8, S80.9, S86.0, S86.1, S86.2, S86.3, S86.7, S86.8, S86.9, S90.0, S90.1, S90.2, S90.3, S93.2, S93.4, S93.6, S96.1, S96.7, S96.9, T06.4, T11.5, T13.5, T14.6, T93.3, T93.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование мышц (одна анатомическая область) при признаках ее разрыва | Да/Нет |
| 3. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки пациентам с ушибом мягких тканей, повреждением мышц или сухожилий с целью защиты анатомических структур | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эластическая компрессия поврежденного сегмента при ушибе области сустава и (или) растяжении связок сустава | Да/Нет |
| 5. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура пациентам с ушибом мягких тканей, повреждением мышц или сухожилий | Да/Нет |

**19.79. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при закрытых повреждениях мягких тканей конечностей (коды по МКБ-10: S40.0, S46.7, S46.8, S46.9, S50.0, S50.1, S56.7, S56.8, S60.0, S60.1, S60.2, S66.6, S66.7, S66.8, S66.9, S70.0, S70.1, S73.1, S76.1, S76.3, S76.4, S76.7, S79.7, S79.8, S80.0, S80.1, S80.7, S80.8, S80.9, S86.0, S86.1, S86.2, S86.3, S86.7, S86.8, S86.9, S90.0, S90.1, S90.2, S90.3, S93.2, S93.4, S93.6, S96.1, S96.7, S96.9, T06.4, T11.5, T13.5, T14.6, T93.3, T93.5)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | |
| 2. | Выполнено ультразвуковое исследование мышц (одна анатомическая область) при признаках ее разрыва | Да/Нет |
| 3. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки пациентам с ушибом мягких тканей, повреждением мышц или сухожилий с целью защиты анатомических структур конечностей | Да/Нет |
| 4. | Выполнена эластическая компрессия поврежденного сегмента при ушибе области сустава и (или) растяжении связок сустава | Да/Нет |
| 5. | Выполнено восстановление анатомической целостности конечности, шов поврежденной мышцы (восстановление мышцы и сухожилия) пациенту с повреждением более 50% поперечного сечения мышцы | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена лечебная физкультура пациенту с ушибом мягких тканей, повреждением мышц или сухожилий | Да/Нет |

**19.80. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при инфекциях, ассоциированных с ортопедическими имплантатами (коды по МКБ-10: T84.5, T84.6, T84.7, Z96.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов по методу Панченкова или исследование скорости оседания эритроцитов по методу Вестергрена, или исследование скорости оседания эритроцитов автоматизированным методом | Да/Нет |
| 4. | Выполнены пункция гнойного очага, и (или) пункция синовиальной сумки сустава, и (или) пункция синовиальной сумки сустава под контролем ультразвукового исследования, и (или) пункция мягких тканей, и (или) пункция мягких тканей под контролем ультразвукового исследования без контрастирования | Да/Нет |
| 5. | Выполнено микробиологическое исследование синовиальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования, и (или) микробиологическое исследование отделяемого раны на аэробные и | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | факультативно-анаэробные микроорганизмы, или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого раны на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования | |

**19.81. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при инфекциях, ассоциированных с ортопедическими имплантатами (коды по МКБ-10: T84.5, T84.6, T84.7, Z96.6)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено исследование С-реактивного белка в крови | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование скорости оседания эритроцитов по методу Панченкова или исследование скорости оседания эритроцитов по методу Вестергрена, или исследование скорости оседания эритроцитов автоматизированным методом | Да/Нет |
| 3. | Выполнены пункция гнойного очага, и (или) пункция синовиальной сумки сустава, и (или) пункция синовиальной сумки сустава под контролем ультразвукового исследования, и (или) пункция мягких тканей, и (или) пункция мягких тканей под контролем ультразвукового исследования без контрастирования | Да/Нет |
| 4. | Выполнено микробиологическое исследование синовиальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы или микробиологическое (культуральное) исследование синовиальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования, и (или) микробиологическое исследование отделяемого раны на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого раны на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования | Да/Нет |
| 5. | Выполнен забор не менее трех образцов перипротезных тканей для микробиологического (культурального) исследования на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы во время хирургического лечения | Да/Нет |
| 6. | Выполнено прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала | Да/Нет |
| 7. | Выполнена стартовая антибактериальная терапия широкого спектра со дня хирургического лечения, в случае отсутствия признаков генерализации инфекционного процесса | Да/Нет |
| 8. | Выполнена коррекция антибактериальной терапии после получения результатов микробиологического (культурального) исследования костной ткани на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и, если применимо, удаленного имплантата | Да/Нет |
| 9. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) опиоидными анальгетиками для купирования послеоперационного болевого синдрома | |
| 10. | Выполнен переход с парентеральных на пероральные лекарственные формы антибактериальных препаратов системного действия | Да/Нет |
| 11. | Выполнено удаление инфицированного эндопротеза в ходе одно- или двухэтапного ревизионного эндопротезирования пациентам с хронической перипротезной инфекцией | Да/Нет |
| 12. | Выполнено обучение пациента дренирующим дыхательным упражнениям | Да/Нет |
| 13. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный и (или) прием (консультация) врача-хирурга первичный с постановкой диагноза | Да/Нет |

**19.82. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе костей стопы (кроме переломов пяточной кости) (коды по МКБ-10: S92, S92.1, S92.10, S92.11, S92.2, S92.20, S92.21, S92.3, S92.30, S92.31, S92.4, S92.40, S92.41, S92.5, S92.50, S92.51, S92.7, S92.70, S92.71, S92.9, S92.90, S92.91, S93.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография голеностопного сустава, и (или) стопы в одной проекции или двух проекциях, и (или) компьютерная томография нижней конечности (голеностопного сустава и (или) стопы), и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности (голеностопного сустава и (или) стопы) при неинформативности рентгенографии голеностопного сустава и (или) стопы в одной проекции или двух проекциях | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или наложение гипсовой повязки при переломах костей | Да/Нет |
| 5. | Назначен прием антибактериальных лекарственных препаратов при открытом переломе костей стопы сроком до 72 часов после закрытия раны (при условии отсутствия показаний для продолжения антибактериальной терапии) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена медицинская реабилитация у пациентов, получающих лечение по поводу перелома кости или костей стопы (услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно- | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | двигательной системы) | |

**19.83. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе костей стопы (кроме переломов пяточной кости) (коды по МКБ-10: S92, S92.1, S92.10, S92.11, S92.2, S92.20, S92.21, S92.3, S92.30, S92.31, S92.4, S92.40, S92.41, S92.5, S92.50, S92.51, S92.7, S92.70, S92.71, S92.9, S92.90, S92.91, S93.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография голеностопного сустава и (или) стопы в одной проекции или двух проекциях и (или) компьютерная томография нижней конечности (голеностопного сустава и (или) стопы), и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности (голеностопного сустава и (или) стопы) при неинформативности рентгенографии голеностопного сустава и (или) стопы в одной проекции или двух проекциях | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена послеоперационная рентгенография голеностопного сустава и (или) стопы в одной проекции или двух проекциях | Да/Нет |
| 5. | Выполнен прием антибактериальных лекарственных препаратов перед хирургическим лечением по поводу закрытых переломов костей стопы (при применении любых имплантатов) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена антибактериальная терапия при открытом переломе костей стопы сроком до 72 часов после закрытия раны (при условии отсутствия медицинских показаний для продолжения антибактериальной терапии) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома костей стопы | Да/Нет |
| 8. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут, и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена медицинская реабилитация у пациентов, получающих лечение по поводу перелома кости или костей стопы (услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы) | Да/Нет |

**19.84. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе диафиза большеберцовой кости (коды по МКБ-10: S82.2, S82.20, S82.21)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография диафиза большой берцовой и малой берцовой костей с захватом смежных суставов в двух проекциях с диагностической целью и (или) компьютерная томография при подозрении на распространение перелома на область голеностопного или коленного суставов | Да/Нет |
| 3. | Выполнена контрольная рентгенография поврежденного сегмента в двух проекциях | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение гипсовой повязки при переломах костей или наложение иммобилизационной повязки при переломах костей (по медицинским показаниям) | Да/Нет |
| 6. | Назначена антибактериальная терапия при открытых переломах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.85. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе диафиза большеберцовой кости (коды по МКБ-10: S82.2, S82.20, S82.21)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография диафиза большой берцовой и малой берцовой костей с захватом смежных суставов в двух проекциях с диагностической целью и (или) компьютерная томография при подозрении на распространение перелома на область голеностопного или коленного суставов | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей, или скелетное вытяжение, или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или выполнен открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена антибактериальная терапия при открытых переломах (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при оперативном лечении и (или) факторов риска развития тромбоза глубоких вен) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.86. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей голени (коды по МКБ-10: S82.3, S82.30, S82.31, S82.7, S82.70, S82.71, S82.8, S82.80, S82.81, S82.9, S82.90, S82.91, S89.7, S89.8, T93.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный и (или) прием (консультация) врача-хирурга первичный, прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография диафиза большой берцовой и малой берцовой костей с захватом смежных суставов в двух проекциях с диагностической целью и (или) компьютерная томография при подозрении на распространение перелома на область голеностопного сустава | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена иммобилизация поврежденной нижней конечности при переломах костей | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.87. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела костей голени (коды по МКБ-10: S82.3, S82.30, S82.31, S82.7, S82.70, S82.71, S82.8, S82.80, S82.81, S82.9, S82.90, S82.91, S89.7, S89.8, T93.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный и (или) прием (консультация) врача-хирурга первичный, прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография диафиза большой берцовой и малой берцовой костей с захватом смежных суставов в двух проекциях с диагностической целью и (или) компьютерная томография при подозрении на распространение перелома на область голеностопного сустава | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей, или скелетное вытяжение, или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома дистального отдела костей голени | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при хирургическом лечении и (или) наличии факторов риска развития тромбоза глубоких вен) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.88. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела голени (коды по МКБ-10: S82.1, S82.10, S82.11, S83.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой иннервации и кровообращения в периферических отделах нижней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография нижней конечности (коленного сустава с захватом нижней трети бедренной кости и голени) при подозрении на перелом проксимального отдела костей голени и (или) вывихах голени, и (или) компьютерная томография нижней конечности при подозрении на внутрисуставной характер перелома, и (или) компьютерная томография сустава (при внутрисуставных переломах) при подозрении на наличие сопутствующего внутрисуставного перелома | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами и (или), | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома проксимального отдела костей голени | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при хирургическом лечении и (или) наличии факторов риска развития тромбоза глубоких вен) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.89. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела голени (коды по МКБ-10: S82.1, S82.10, S82.11, S83.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой иннервации и кровообращения в периферических отделах нижней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография нижней конечности (коленного сустава с захватом нижней трети бедренной кости и голени) при подозрении на перелом проксимального отдела костей голени и (или) вывихах голени, и (или) компьютерная томография нижней конечности при подозрении на внутрисуставной характер перелома, и (или) компьютерная томография сустава (при внутрисуставных переломах) при подозрении на наличие сопутствующего внутрисуставного перелома | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение гипсовой повязки при переломах костей или наложение иммобилизационной повязки при переломах костей в рамках консервативного лечения пациента с переломом проксимального отдела костей голени в случае выбора консервативного метода | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.90. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела плечевой кости (код по МКБ-10: S42.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография и (или) компьютерная томография верхней конечности (при внутрисуставных переломах) дистального отдела плечевой кости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена контрольная рентгенография верхней конечности поврежденного сегмента | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.91. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе дистального отдела плечевой кости (код по МКБ-10: S42.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача-детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография и (или) компьютерная томография верхней конечности (при внутрисуставных переломах) дистального отдела плечевой кости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена контрольная рентгенография верхней конечности поврежденного сегмента | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей, или скелетное вытяжение, или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости | Да/Нет |
| 6. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | |
| 7. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.92. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела плечевой кости (коды по МКБ-10: S42.2, S42.7, S42.8, S42.9, S43.0, S43.4, S43.5, S46.0, T92.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография верхней конечности и плечевого сустава в двух проекциях (плеча и плечевого сустава в двух проекциях с захватом локтевого сустава) с диагностической целью и (или) компьютерная томография верхней конечности и сустава (плечевого) при наличии или подозрении на внутрисуставной характер перелома проксимального отдела плечевой кости, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена контрольная рентгенограмма поврежденного сегмента | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена иммобилизация поврежденной конечности в случае выбора консервативного метода | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.93. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе проксимального отдела плечевой кости (коды по МКБ-10: S42.2, S42.7, S42.8, S42.9, S43.0, S43.4, S43.5, S46.0, T92.1)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах конечности не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография верхней конечности и плечевого сустава в двух проекциях (плеча и плечевого сустава в двух проекциях с захватом локтевого сустава) с диагностической целью и (или) компьютерная | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | томография верхней конечности и сустава (плечевого) при наличии или подозрении на внутрисуставной характер перелома проксимального отдела плечевой кости, и (или) магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) | |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей, или скелетное вытяжение, или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или выполнен открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома диафиза большеберцовой кости | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при продолжительности общего наркоза и (или) турникета более 90 минут и (или) при наличии эпизодов венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.94. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе ключицы и лопатки (коды по МКБ-10: S42.0, S42.1, S43.1, S43.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга пациентам с подозрением на перелом ключицы и (или) лопатки с оценкой наличия или отсутствия признаков повреждения сосудисто-нервных пучков | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография области травмы не менее чем в одной (переднезадней) проекции при поступлении | Да/Нет |
| 3. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами, и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено консервативное лечение (наложение иммобилизационной повязки при переломах костей и (или) наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов) (по медицинским показаниям) | Да/Нет |

**19.95. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе ключицы и лопатки (коды по МКБ-10: S42.0, S42.1, S43.1, S43.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга пациентам с подозрением на перелом ключицы и (или) лопатки с оценкой наличия или отсутствия признаков повреждения сосудисто-нервных пучков | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография области травмы не менее чем в одной (переднезадней) проекции при поступлении | Да/Нет |
| 3. | Выполнены компьютерная томография, и (или) магнитно-резонансная томография при недостаточности данных рентгенографии и (или) подозрении на сопутствующее травматическое повреждение мягких тканей плечевого сустава | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами, и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое лечение (остеосинтез ключицы и (или) открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, и (или) открытое лечение перелома без внутренней фиксации, и (или) открытое лечение вывиха сустава) (по медицинским показаниям) | Да/Нет |

**19.96. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при переломе лодыжек (коды по МКБ-10: S82.4, S82.40, S82.41, S82.5, S82.50, S82.51, S82.6, S82.60, S82.61, S82.7, S82.70, S82.71, S93.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах нижней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография голеностопного сустава и (или) рентгенография лодыжки, и (или) компьютерная томография нижней конечности, и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности (при внутрисуставных переломах) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена контрольная рентгенография лодыжек | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение анальгетиками, и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | костей или скелетное вытяжение, или репозиция отломков костей при переломах, или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или открытый остеосинтез, или закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома лодыжек | |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.97. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе лодыжек (коды по МКБ-10: S82.4, S82.40, S82.41, S82.5, S82.50, S82.51, S82.6, S82.60, S82.61, S82.7, S82.70, S82.71, S93.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный с оценкой состояния иннервации и кровообращения в периферических отделах нижней конечности | Да/Нет |
| 2. | Выполнены рентгенография голеностопного сустава, и (или) рентгенография лодыжки, и (или) компьютерная томография нижней конечности, и (или) магнитно-резонансная томография нижней конечности (при внутрисуставных переломах) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение анальгетиками, и (или) нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами, и (или) местными анестетиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или скелетное вытяжение, или выполнена репозиция отломков костей при переломах, или выполнено открытое лечение перелома с внутренней фиксацией, или выполнен открытый остеосинтез, или выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией перелома лодыжек | Да/Нет |
| 5. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (при хирургическом лечении и (или) наличии факторов риска развития тромбоза глубоких вен) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.98. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при повреждениях тазового кольца (коды по МКБ-10: S30.0, S32.1, S32.2, S32.3, S32.30, S32.4, S32.5, S32.7, S32.70, S32.8, S33.2, S33.4, S33.6, S33.7, T91.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы и (или) услуги по | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы | |

**19.99. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при повреждениях тазового кольца (коды по МКБ-10: S30.0, S32.1, S32.2, S32.3, S32.30, S32.4, S32.5, S32.7, S32.70, S32.8, S33.2, S33.4, S33.6, S33.7, T91.2)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - травматолога-ортопеда первичный, или прием (консультация) врача-хирурга первичный, или прием (консультация) врача - детского хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнены общий (клинический) анализ крови базовый, анализ крови биохимический общетерапевтический, базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови для оценки степени тяжести шока | Да/Нет |
| 4. | Выполнены рентгенография таза и (или) компьютерная томография костей таза (в том числе у пациентов с нестабильной гемодинамикой и подозрением на внутритазовое кровотечение - компьютерная томография органов малого таза у женщин, органов таза у мужчин) | Да/Нет |
| 5. | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости, и (или) ультразвуковое исследование матки и придатков, и (или) ультразвуковое исследование мочевого пузыря у пациентов с нестабильной гемодинамикой | Да/Нет |
| 6. | Выполнено назначение анальгетиков, и (или) нестероидных противовоспалительных лекарственных препаратов, и (или) местных анестетиков, и (или) габапентиноидов, и (или) опиоидов немедленного высвобождения, и (или) лекарственных препаратов из группы "Другие анальгетики и антипиретики" (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена временная стабилизация переломов костей тазового кольца методом остеосинтеза аппаратом наружной фиксации у пациентов с нестабильной гемодинамикой на госпитальном этапе | Да/Нет |
| 8. | Выполнена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при помощи антикоагулянтов и (или) механических методов профилактики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена антибиотикопрофилактика (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнен окончательный остеосинтез переломов тазового кольца с использованием пластин, и (или) винтов, и (или) иных погружных металлофиксаторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеванием опорно-двигательной системы и (или) услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего травму опорно-двигательной системы | Да/Нет |
| 12. | Выполнено лечение в условиях стационара врачом-травматологом-ортопедом | Да/Нет |
| 13. | Выполнен осмотр (консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга и (или) врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению у пациентов с нестабильной гемодинамикой и подозрением на внутритазовое кровотечение | Да/Нет |

**19.100. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами (код по МКБ-10: Т40)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия | Да/Нет |
| 3. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 4. | Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания | Да/Нет |
| 5. | Выполнена медицинская эвакуация пациента в центр (отделение) острых отравлений или отделение анестезиологии и реанимации | Да/Нет |
| 6. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.101. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами (код по МКБ-10: Т40)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | |
| 4. | Выполнено исследование глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления пациента в стационар | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови при отравлении опиоидными наркотическими веществами средней и тяжелой степени не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 7. | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 9. | Выполнен мониторинг показателей частоты сердечных сокращений, мониторинг показателей артериального давления и пульсоксиметрии в течение суток | Да/Нет |
| 10. | Выполнены рентгенография грудной клетки обзорная в двух проекциях или компьютерная томография грудной клетки при отравлении опиоидными наркотическими веществами средней и тяжелой степени не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 11. | Выполнены рентгенография костей черепа в двух проекциях или компьютерная томография головного мозга (у пациентов, доставленных с улицы, из общественных мест, при наличии данных о травматическом повреждении, при обнаружении травматических повреждений в области лица, волосистой части головы, при развитии судорожного синдрома) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 12. | Выполнено проведение искусственной вентиляции легких при наличии вентиляционной острой дыхательной недостаточности или наличии вентиляционной острой дыхательной недостаточности или нарушениях сознания с оценкой по шкале комы Глазго <= 8 | Да/Нет |
| 13. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |
| 14. | Выполнено количественное определение этанола в крови методом газовой хроматографии не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 15. | Выполнено количественное определение этанола в моче методом | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | газовой хроматографии не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | |
| 16. | Выполнена оценка гематокрита в крови не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 17. | Выполнено введение антидотов в случае отравления легкой степени без предшествующих нарушений сознания и дыхания и (или) искусственная вентиляция легких незамедлительно на догоспитальном этапе или при поступлении больного в стационар (при отравлении опиоидами, сопровождающемся нарушением дыхания) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы "растворы, влияющие на водноэлектролитный баланс" для коррекции водноэлектролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы препаратов группы "растворы, влияющие на водноэлектролитный баланс, содержащие янтарную кислоту" (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести) | Да/Нет |
| 20. | Выполнена оценка нормализации показателей гомеостаза на момент выписки из стационара | Да/Нет |
| 21. | Выполнена оценка восстановления сознания на момент выписки из стационара | Да/Нет |
| 22. | Выполнена оценка нормализации показателей самостоятельного дыхания и гемодинамики на момент выписки из стационара | Да/Нет |

**19.102. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отравлениях бензодиазепинами (код по МКБ-10: Т42.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при отравлении, сопровождающемся нарушением дыхания и (или) комой) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнено лечение растворами, влияющими на водно-электролитный баланс, для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.103. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлениях бензодиазепинами (код по МКБ-10: Т42.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | врачом-анестезиологом-реаниматологом | |
| 2. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение наличия и уровня лекарственных препаратов и (или) психоактивных веществ и (или) их метаболитов в моче | Да/Нет |
| 4. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при сопровождающемся нарушением дыхания и (или) комой) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено введение инозин + никотинамид + рибофлавин + янтарная кислота при гипоксии пациентам старше 18 лет | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Выполнена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс, для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 10. | Выполнена рентгенография черепа в двух проекциях при наличии следов травматических повреждений | Да/Нет |
| 11. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный, общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 12. | Выполнен прием (консультация) врача-психиатра | Да/Нет |
| 13. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная (в состоянии комы) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |

**19.104. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при токсическом действии метанола и этиленгликоля (коды по МКБ-10: Т51.1, Т52.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания | Да/Нет |
| 4. | Выполнена внутривенная инфузия растворов, влияющих на водно-электролитный баланс при наличии гемодинамических нарушений | Да/Нет |
| 5. | Выполнено промывание желудка зондовое | Да/Нет |
| 6. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |
| 7. | Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, при невозможности - в стационар, имеющий возможность проведения гемодиализа | Да/Нет |

**19.105. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии метанола и этиленгликоля (коды по МКБ-10: Т51.1, Т52.3)**

| N | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр пациента врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование этанола, метанола и этиленгликоля в крови и моче методом газовой хроматографии при подозрении на отравление метанолом или этиленгликолем | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование кальция в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование глюкозы крови не позднее 1 часа от момента поступления пациента в стационар | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование натрия в крови, исследование калия в крови | Да/Нет |
| 9. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 10. | Выполнено мониторинг показателей частоты сердечных сокращений, мониторинг показателей артериального давления и пульсоксиметрии в течение суток | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 11. | Выполнен контроль диуреза в течение суток | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях или компьютерная томография органов грудной клетки | Да/Нет |
| 13. | Выполнена рентгенография костей черепа в двух проекциях или компьютерная томография головного мозга | Да/Нет |
| 14. | Выполнено проведение форсированного диуреза | Да/Нет |
| 15. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |
| 16. | Выполнена антидотная терапия этанолом при наличии: клинических проявлений и анамнестических указаний на прием метанола и этиленгликоля; подтвержденного уровня токсиканта в крови выше 0,2 г/л; уровня экотоксиканта в крови ниже 0,2 г/л в сочетании с метаболическим ацидозом с увеличенным анионным интервалом | Да/Нет |
| 17. | Выполнена инфузия растворов, влияющих на водно-электролитный баланс | Да/Нет |

**19.106. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отравлении производными барбитуровой кислоты (барбитуратами) (код по МКБ-10: Т42.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнен мониторинг частоты сердечных сокращений, артериального давления, и пульсоксиметрии посредством непрерывного аппаратного или последовательного ручного измерения при наличии у пациента угнетения сознания с оценкой по шкале комы Глазго < 13 | Да/Нет |
| 4. | Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания | Да/Нет |
| 5. | Выполнена внутривенная инфузия растворов, влияющих на водно-электролитный баланс при наличии гемодинамических нарушений | Да/Нет |
| 6. | Выполнено промывание желудка зондовое | Да/Нет |
| 7. | Выполнено проведение энтеросорбции с применением активированного угля | Да/Нет |
| 8. | Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, при | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | невозможности - в стационар, имеющий возможность проведения методов гравитационной хирургии крови (гемосорбция, гемодиализ) | |
| 9. | Выполнено проведение искусственной вентиляции легких при наличии вентиляционной острой дыхательной недостаточности и (или) выраженном угнетении уровня сознания с оценкой по шкале комы Глазго $\leq 8$ | Да/Нет |
| 10. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.107. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям отравлении производными барбитуровой кислоты (барбитуратами) (код по МКБ-10: Т42.3)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр пациента врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено проведение химико-токсикологической экспертизы (исследования) содержания в крови, моче качественно и количественно производных барбитуровой кислоты | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализа крови базовый | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности гаммаглютамилтрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование хлора в крови, исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализа крови базовый | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 8. | Выполнен мониторинг показателей частоты сердечных сокращений, мониторинг показателей артериального давления и пульсоксиметрии посредством непрерывного аппаратного или последовательного ручного измерения при наличии у пациента угнетения сознания с оценкой по шкале комы Глазго < 13 | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная или компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 10. | Выполнена рентгенография костей черепа или компьютерная томография головного мозга пациентам, доставленным с улицы, из | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | общественных мест и (или) при наличии следов травматических повреждений | |
| 11. | Выполнено проведение искусственной вентиляции легких при наличии вентиляционной острой дыхательной недостаточностью и (или) выраженном угнетении уровня сознания с оценкой по шкале комы Глазго $\leq 8$ | Да/Нет |
| 12. | Выполнена инфузия растворов, влияющих на водно-электролитный баланс | Да/Нет |
| 13. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.108. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отравлениях производным амфетамина, синтетическими катинонами и прекурсорами гамма-оксимасляной кислоты (коды по МКБ-10: Т40.6, Т40.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом выездной бригады скорой медицинской помощи, врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб у пациента и осмотр места происшествия | Да/Нет |
| 3. | Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического с оценкой состояния кожных покровов, слизистых и величины зрачков | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка состояния нервной системы - глубины нарушений сознания по шкале комы Глазго наличие или отсутствие тремора, статической и динамической координации у пациента | Да/Нет |
| 5. | Выполнен физикальный осмотр с оценкой состояния системы дыхания (измерение частоты дыхания, аускультация, пульсоксиметрия), сердечно-сосудистой системы (измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических артериях) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнено проведение инфузионно-детоксикационной терапии | Да/Нет |
| 8. | Выполнено введение лекарственного препарата из группы "анксиолитики" и лекарственного препарата из группы "антипсихотические средства" пациентам, находящимся в состоянии психомоторного возбуждения | Да/Нет |
| 9. | Выполнена фиксация пациентов находящихся в состоянии психомоторного возбуждения | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Выполнено проведение респираторной поддержки пациентам с острой дыхательной недостаточностью | Да/Нет |
| 11. | Выполнено направление на диспансерный прием врача-психиатра-нарколога | Да/Нет |
| 12. | Выполнена медицинская эвакуация в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, или в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой степени отравления, и в терапевтическое отделение при отравлениях средней и легкой степени тяжести | Да/Нет |

**19.109. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлениях производным амфетамина, синтетическими катинонами и прекурсорами гамма-оксимасляной кислоты (коды по МКБ-10: Т40.6, Т40.9)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб у пациента и осмотр места происшествия | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-токсиколога первичный и (или) прием (консультация) врача-анестезиолога-реаниматолога первичный не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического с оценкой состояния кожных покровов, слизистых и величины зрачков | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка состояния нервной системы - глубины нарушений сознания по шкале комы Глазго наличие или отсутствие тремора, статической и динамической координации у пациента | Да/Нет |
| 5. | Выполнен физикальный осмотр с оценкой состояния системы дыхания (измерение частоты дыхания, аускультация, пульсоксиметрия), сердечно-сосудистой системы (измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических артериях) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено химико-токсикологическое исследование биологических сред (мочи) с использованием методов газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием | Да/Нет |
| 7. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, общий (клинический) анализ мочи, исследование общего билирубина в крови, исследование общего белка в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование креатинкиназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная или компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 10. | Выполнена рентгенография черепа, в одной или более проекциях или компьютерная томография головного мозга при подозрении на черепно-мозговую травму | Да/Нет |
| 11. | Выполнено проведение инфузионно-детоксикационной терапии | Да/Нет |
| 12. | Выполнено промывание желудка через зонд и проведение энтеросорбции при наличии подозрений на сочетанное отравление психотропными средствами и этанолом | Да/Нет |
| 13. | Выполнено введение анксиолитического лекарственного препарата и антипсихотического лекарственного препарата пациентам, находящимся в состоянии психомоторного возбуждения | Да/Нет |
| 14. | Выполнена фиксация пациентов находящихся в состоянии психомоторного возбуждения | Да/Нет |
| 15. | Выполнено проведение респираторной поддержки пациентам с острой дыхательной недостаточностью | Да/Нет |
| 16. | Выполнено направление на диспансерный прием врача-психиатра-нарколога | Да/Нет |
| 17. | Выполнена медицинская эвакуация в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений или в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой степени отравления, и в терапевтическое отделение при отравлениях средней и легкой степени тяжести | Да/Нет |
| 18. | Выполнена оценка степени возбуждения или седации с использованием клинической шкалы определения уровня возбуждения (седации) RASS | Да/Нет |
| 19. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-токсикологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях | Да/Нет |
| 20. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови при наличии признаков дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности | Да/Нет |
| 21. | Выполнена бронхоскопия с диагностической и санационной целью при наличии подозрений на аспирацию желудочного содержимого | Да/Нет |
| 22. | Выполнено восстановление проходимости дыхательных путей и стабилизация гемодинамических показателей при наличии признаков нарушения дыхания и расстройств гемодинамики | Да/Нет |
| 23. | Выполнено введение кровезаменителей и перфузионных растворов и декстрозы под контролем пульса, артериального давления и центрального венозного давления, сердечного индекса, общего периферического сопротивления, гематокрита, концентрации гемоглобина и электролитов и диуреза | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 24. | Выполнены услуги по медицинской реабилитации пациента с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ пациентам при диагностике синдрома зависимости от психоактивных веществ | Да/Нет |

**19.110. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при отравлении психотропными средствами, не классифицированном в других рубриках (код по МКБ-10: Т43)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом выездной бригады скорой медицинской помощи, врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб у пациента и осмотр места происшествия | Да/Нет |
| 3. | Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического с оценкой состояния кожных покровов, слизистых и величины зрачков | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка состояния нервной системы - глубины нарушений сознания по шкале комы Глазго, наличие или отсутствие тремора, статической и динамической координации у пациента | Да/Нет |
| 5. | Выполнен физикальный осмотр с оценкой состояния системы дыхания (измерение частоты дыхания, аускультация, пульсоксиметрия), сердечно-сосудистой системы (измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических артериях), оценки состояния желудочно-кишечного тракта (наличие перистальтики) и мочевыделительной системы (задержка мочеиспускания) | Да/Нет |
| 6. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 7. | Выполнено восстановление проходимости дыхательных путей, назначение респираторной поддержки | Да/Нет |
| 8. | Выполнена инфузионная терапия растворами электролитов | Да/Нет |
| 9. | Выполнена фиксация пациентов находящихся в состоянии психомоторного возбуждения | Да/Нет |
| 10. | Выполнено промывание желудка (при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена медицинская эвакуация в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений или в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой степени отравления, и в терапевтическое отделение при отравлениях средней и легкой степени тяжести | Да/Нет |

**19.111. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям**

**при отравлении психотропными средствами, не классифицированном в других рубриках (код по МКБ-10: Т43)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен сбор анамнеза и жалоб и осмотр места происшествия | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-токсиколога первичный и (или) прием (консультация) врача - анестезиолога-реаниматолога первичный не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 3. | Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического с оценкой состояния кожных покровов, слизистых и величины зрачков | Да/Нет |
| 4. | Выполнена оценка состояния нервной системы - глубины нарушений сознания по шкале комы Глазго, наличие или отсутствие тремора, статической и динамической координации у пациента | Да/Нет |
| 5. | Выполнен физикальный осмотр с оценкой состояния системы дыхания (измерение частоты дыхания, аускультация, пульсоксиметрия), сердечно-сосудистой системы (измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических артериях), оценки состояния желудочно-кишечного тракта (наличие перистальтики) и мочевыделительной системы (задержка мочеиспускания) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено химико-токсикологическое исследование биологических сред (мочи) с использованием методов газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием или высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием | Да/Нет |
| 7. | Выполнены общий (клинический) анализ крови расширенный, общий (клинический) анализ мочи, исследование общего билирубина в крови, исследование общего белка в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная или компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |
| 10. | Выполнена рентгенография черепа, в одной или более проекциях или компьютерная томография головного мозга при подозрении на черепно-мозговую травму | Да/Нет |
| 11. | Выполнено восстановление проходимости дыхательных путей, назначение респираторной поддержки | Да/Нет |
| 12. | Выполнена инфузионная терапия растворами электролитов | Да/Нет |
| 13. | Выполнено лечение антихолинэстеразными лекарственными препаратами при развитии центрального антихолинэргического | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | синдрома | |
| 14. | Выполнено лечение анксиолитическими лекарственными препаратами и антипсихотическими лекарственными препаратами при наличии психомоторного возбуждения | Да/Нет |
| 15. | Выполнена фиксация пациентов находящихся в состоянии психомоторного возбуждения | Да/Нет |
| 16. | Выполнено промывание желудка (при отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы кишечные адсорбенты | Да/Нет |
| 18. | Выполнена эфферентная терапия (плазмаферез, гемодиализ, гемосорбция) при наличии медицинских показаний | Да/Нет |
| 19. | Выполнен осмотр врачом-психиатром первичный и повторный | Да/Нет |
| 20. | Выполнена медицинская эвакуация в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений или в отделение реанимации и интенсивной терапии при тяжелой степени отравления, и в терапевтическое отделение при отравлениях средней и легкой степени тяжести | Да/Нет |

**19.112. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при токсическом действии разъедающих веществ (код по МКБ-10: T54)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств | Да/Нет |
| 4. | Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, при невозможности - в стационар, имеющий возможность проведения методов гравитационной хирургии крови (гемосорбция, гемодиализ) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.113. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии разъедающих веществ (код по МКБ-10: T54)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 2. | Выполнено промывание желудка зондовое не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (если это не было проведено на этапе первичной медико-санитарной помощи) | Да/Нет |
| 3. | Выполнено исследование этанола, метанола в крови не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 4. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование натрия в крови, исследование калия в крови, исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 7. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 9. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование свободного гемоглобина в крови | Да/Нет |
| 11. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная | Да/Нет |
| 13. | Выполнена бронхоскопия при наличии признаков аспирации | Да/Нет |
| 14. | Выполнено эзофагогастродуоденоскопия в первые 12 - 48 часов после травмы | Да/Нет |
| 15. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование почек | Да/Нет |
| 16. | Выполнена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств | Да/Нет |
| 17. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии острой дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 18. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 19. | Выполнено количественное определение этанола в моче методом газовой хроматографии, определение метанола в моче не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 20. | Выполнено исследование свободного гемоглобина в крови | Да/Нет |

**19.114. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при токсическом действии галогенпроизводных алифатических и ароматических углеводородов (код по МКБ-10: T53)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания | Да/Нет |
| 3. | Выполнено удаление невсосавшегося токсиканта с кожных покровов | Да/Нет |
| 4. | Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационарное токсикологическое отделение или отделение реанимации и интенсивной терапии | Да/Нет |
| 5. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.115. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии галогенпроизводных алифатических и ароматических углеводородов (код по МКБ-10: T53)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено химико-токсикологическое исследование для диагностики отравления четыреххлористым углеродом | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование связанного (прямого) билирубина в крови, исследование общего белка в крови, исследование глюкозы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 9. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная | Да/Нет |
| 10. | Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания | Да/Нет |
| 11. | Выполнено промывание желудка | Да/Нет |
| 12. | Выполнена интубация трахеи при глубокой коме и (или) нарушении дыхания по центральному типу | Да/Нет |
| 13. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.116. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при токсическом действии окиси углерода. Токсическом действии других газов, дымов и паров (коды по МКБ-10: T58, T59)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом скорой медицинской помощи (врачом-специалистом) при оказании скорой медицинской помощи или осмотр фельдшером скорой медицинской помощи (специалистом со средним медицинским образованием) при оказании скорой медицинской помощи пациентам | Да/Нет |
| 2. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 3. | Выполнено внутривенное введение растворов, влияющих на водноэлектролитный баланс (электролиты, электролиты в комбинации с углеводами, электролиты в комбинации с другими средствами), ирригационных растворов (раствор натрия хлорида, комбинированные препараты), другие ирригационные растворы (декстроза) при нарушениях водно-электролитного баланса | Да/Нет |
| 4. | Выполнено восстановление адекватной легочной вентиляции при наличии нарушений функции внешнего дыхания | Да/Нет |
| 5. | Выполнено зондовое промывание желудка | Да/Нет |
| 6. | Выполнено проведение энтеросорбции с применением активированного угля | Да/Нет |
| 7. | Выполнена медицинская эвакуация пациента в стационар, специализирующийся на лечении острых отравлений, при невозможности - в стационар, имеющий возможность проведения методов гравитационной хирургии крови (гемосорбция, гемодиализ) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 8. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.117. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии окиси углерода. Токсическом действии других газов, дымов и паров (коды по МКБ-10: Т58, Т59)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-токсиколога первичный и (или) осмотр (консультация) врача-анестезиолога-реаниматолога первичный (при поступлении в стационар) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено исследование карбоксигемоглобина в крови | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение концентрации этанола в крови методом газовой хроматографии (при нарушении сознания) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено количественное определение этанола в моче методом газовой хроматографии (при нарушении сознания) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния и газов крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование глюкозы в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование общего белка в крови, исследование глюкозы в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 10. | Выполнена рентгенография грудной клетки обзорная | Да/Нет |
| 11. | Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях или компьютераная томография головного мозга | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оксигенотерапия гипербарическая или оксигенотерапия нормобарическая при отсутствии противопоказаний и наличия технических возможностей медицинской организации | Да/Нет |
| 13. | Выполнено введение цинка бисвинилимидазола диацетата у лиц старше 18 лет | Да/Нет |
| 14. | Выполнено внутривенное введение растворов, влияющих на водно-электролитный баланс (электролиты, электролиты в комбинации с углеводами, электролиты в комбинации с другими средствами), ирригационных растворов (раствор натрия хлорида, комбинированные | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | препараты), другие ирригационные растворы (декстроза) при нарушениях водно-электролитного баланса | |
| 15. | Выполнено промывание желудка зондовое | Да/Нет |
| 16. | Выполнено проведение энтеросорбции с применением активированного угля | Да/Нет |
| 17. | Выполнено проведение искусственной вентиляции легких при наличии вентиляционной острой дыхательной недостаточности и (или) выраженном угнетении уровня сознания с оценкой комы по шкале Глазго $\leq 8$ | Да/Нет |
| 18. | Выполнена организация медицинской эвакуации пациента в другую медицинскую организацию при невозможности оказания медицинской помощи на месте | Да/Нет |

**19.118. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при острых отравлениях неопиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами (код по МКБ-10: Т39)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнено промывание желудка (повторное при проведении либо его невыполнении на догоспитальном этапе) | Да/Нет |
| 2. | Выполнена энтеросорбция кишечными адсорбентами и фармакологическая стимуляция желудочно-кишечного тракта путем парентерального введения стимуляторов моторики желудочно-кишечного тракта (метоклопрамид) | Да/Нет |
| 3. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при коме) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено введение раствора, влияющего на водно-электролитный баланс, содержащего янтарную кислоту (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**19.119. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых отравлениях опиоидными наркотическими веществами (код по МКБ-10: Т39)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и (или) осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнено промывание желудка (повторное при проведении либо его | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | невыполнении на догоспитальном этапе) | |
| 3. | Выполнено проведение химико-токсикологической экспертизы (высокоэффективная жидкостная хроматография, жидкостная хроматография с ультрафиолетовой детекцией) на определение нестероидных противовоспалительных препаратов при подозрении на отравление | Да/Нет |
| 4. | Выполнена энтеросорбция кишечными адсорбентами и фармакологическая стимуляция желудочно-кишечного тракта путем парентерального введения лекарственного препарата из группы "стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта" (метоклопрамид) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен кишечный лаваж | Да/Нет |
| 6. | Выполнено пероральное введение лекарственных препаратов группы "осмотические слабительные средства" | Да/Нет |
| 7. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при коме) | Да/Нет |
| 8. | Выполнены исследование общего билирубина в крови, исследование активности креатинкиназы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование общего белка в крови, исследование мочевины в крови, исследование креатинина в крови, исследование калия в крови, исследование натрия в крови, исследование общего кальция в крови | Да/Нет |
| 9. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы препаратов группы "растворы, влияющие на водно-электролитный баланс, содержащие янтарную кислоту" (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 11. | Выполнена терапия растворами, влияющими на водно-электролитный баланс для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный, общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 13. | Выполнена рентгенография черепа в двух проекциях или спиральная компьютерная томография головного мозга - пациентам, доставленным с улицы, общественных мест, при наличии признаков травм | Да/Нет |

**19.120. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при переломах пяточной кости (код по МКБ-10: S92.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 2. | Выполнена рентгенография пяточной кости и (или) компьютерная томография кости | Да/Нет |
| 3. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или наложение гипсовой повязки при переломах костей | Да/Нет |
| 4. | Назначено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |

**19.121. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при переломах пяточной кости (код по МКБ-10: S92.0)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный или прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография пяточной кости и (или) компьютерная томография кости | Да/Нет |
| 3. | Выполнена послеоперационная (контрольная) рентгенография стопы | Да/Нет |
| 4. | Выполнено наложение иммобилизационной повязки при переломах костей или наложение гипсовой повязки при переломах костей | Да/Нет |
| 5. | Выполнено закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией и (или) наложение наружных фиксирующих устройств или открытое лечение перелома с внутренней фиксацией (при наличии смещения костных отломков) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено лечение нестероидными противовоспалительными и противоревматическими лекарственными препаратами и (или) парацетамолом, и (или) габапентиноидами и опиоидами немедленного высвобождения (при болевом синдроме, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена периоперационная антибиотикопрофилактика в течение 24 часов всем пациентам с переломом пяточной кости, которым проводилось оперативное лечение | Да/Нет |
| 8. | Выполнена лечебная физкультура при переломе костей | Да/Нет |
| 9. | Выполнено диспансерное наблюдение врачом-травматологом-ортопедом в сроки 1, 2, 6, 12 месяцев с момента получения травмы либо выполнения оперативного вмешательства | Да/Нет |

## 20. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ВНЕШНИХ ПРИЧИНАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ

### 20.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при падениях

**у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ-10: W00 - W08, W10, W11, W17 - W19)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта участкового первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный, или прием (консультация) врача-гериатра первичный (с оценкой риска падений), или прием (консультация) врача приемного отделения (с оценкой риска падений в приемном отделении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения, и ортостатическая проба | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога, прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (при отсутствии проведения в течение 1 последнего года) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра первичный и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный (при повторных падениях, с комплексной гериатрической оценкой функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с многофакторной оценкой риска падений) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование 25-OH витамина D в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 7. | Выполнено назначение колекальциферола (при недостаточности (дефиците) витамина D (при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено назначение алендроновой кислоты или золедроновой кислоты, или деносумаба, или терипаратида (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение лечебной физкультуры | Да/Нет |
| 10. | Выполнено индивидуальное профилактическое консультирование | Да/Нет |

**20.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при падениях у пациентов пожилого и старческого возраста (коды по МКБ-10: W00 - W08, W10, W11, W17 - W19)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-терапевта участкового первичный или прием (консультация) врача-терапевта первичный, или прием | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | (консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный, или прием (консультация) врача-гериатра первичный (с оценкой риска падений), или врача приемного отделения первичный (с оценкой риска падений в приемном отделении) | |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических артериях и измерение частоты сердцебиения, и клиноортостатическая проба | Да/Нет |
| 3. | Выполнен прием (консультация) врача-офтальмолога, прием (консультация) врача-оториноларинголога первичный (при отсутствии проведения в течение 1 последнего года) | Да/Нет |
| 4. | Выполнен прием (консультация) врача-гериатра первичный и (или) прием (консультация) врача-невролога первичный (при повторных падениях, с комплексной гериатрической оценкой функционального и когнитивного статуса (с использованием шкалы FRAX и с многофакторной оценкой риска падений) (с разработкой индивидуального плана ведения пациента с учетом гериатрических синдромов) | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование 25-ОН витамина D в крови | Да/Нет |
| 6. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 7. | Выполнено лечение колекальциферолом (при недостаточности (дефиците) витамина D (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение алендроновой кислотой или золедроновой кислотой, или деносумабом, или терипаратидом (при высоком риске остеопоротических переломов по шкале FRAX) (при отсутствии выполнения на предыдущем этапе и (или) при необходимости корректировки терапии) (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено назначение лечебной физкультуры | Да/Нет |

## 21. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРИ ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОБРАЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

### 21.1. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при нормальной беременности (коды по МКБ-10: Z32, Z33, Z34, Z35, Z36)

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача - акушера-гинеколога первичный (с определением срока беременности и родов по дате последней менструации и (или) данным ультразвукового исследования при первом посещении) | Да/Нет |
| 2. | Выполнено измерение артериального давления на периферических | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | артериях (при каждом посещении) | |
| 3. | Выполнено исследование пульса (при каждом посещении) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено измерение высоты дна матки (при каждом посещении) и ведение гравидограммы (с 20 недель 0 дней беременности) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена аускультация плода (с 22 недель 0 дней беременности, при каждом посещении) | Да/Нет |
| 6. | Выполнено направление на качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1, 2/Ag p24) в крови (при первом посещении (при первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 7. | Выполнено направление на качественное определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови или качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови (при первом посещении (первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 8. | Выполнено направление на качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови (при первом посещении (при первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 9. | Выполнено направление на определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови (при первом посещении (при первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено направление на микроскопическое исследование мазка из влагалища (при первом посещении (при первом посещении в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено направление на определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) (однократно при первом посещении) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено направление на общий (клинический) анализ крови базовый (при первом посещении, при первом посещении в 1-м триместре беременности, во 2-м и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 13. | Выполнено направление на исследование глюкозы в крови натощак (при первом посещении) и дополнительное исследование глюкозы в крови (при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq$ 7,0 ммоль/л) | Да/Нет |
| 14. | Выполнено направление на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест) с 75 г декстрозы (в 24 недели 0 дней - 28 недель 0 дней беременности, если ранее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности) | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 15. | Выполнено направление на исследование тиреотропного гормона в крови (при первом посещении) | Да/Нет |
| 16. | Выполнено направление на определение антител к тиреопероксидазе в крови (при первом посещении) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено направление на общий (клинический) анализ мочи (при первом посещении, при первом посещении в 1-м триместре беременности, во 2-м и в 3-м триместре беременности) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено направление на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с использованием автоматизированного оборудования (при первом посещении) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено направление на исследование белка в моче (с 22 недель 0 дней беременности, при каждом посещении) | Да/Нет |
| 20. | Выполнено направление на микробиологическое исследование вагино-ректального отделяемого на стрептококк группы B (Streptococcus agalactiae) или определение ДНК стрептококка группы B (Streptococcus agalactiae) в вагино-ректальном отделяемом методом полимеразной цепной реакции (в 35 недель 0 дней - 37 недель 0 дней беременности) | Да/Нет |
| 21. | Выполнено направление на исследование хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в крови, исследование связанного с беременностью плазменного протеина A в крови, ультразвуковое исследование в первом триместре беременности скрининговое по оценке антенатального развития плода (скрининг I в 11 недель 0 дней - 13 недель 6 дней беременности) | Да/Нет |
| 22. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование во втором триместре беременности скрининговое по оценке антенатального развития плода (скрининг II) и ультразвуковое определение длины шейки матки (в 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней беременности) | Да/Нет |
| 23. | Выполнено направление на ультразвуковое исследование в третьем триместре беременности (в 34 недель 0 дней - 35 недель 6 дней беременности) | Да/Нет |
| 24. | Назначена фолиевая кислота перорально на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400 - 800 мкг в день (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

**21.2. Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым при прижизненном донорстве почки (код по МКБ-10: Z52.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога первичный | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено комплексное исследование функции почек | Да/Нет |
| 8. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче | Да/Нет |
| 11. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 12. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 13. | Выполнено качественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 14. | Выполнено качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови | Да/Нет |
| 15. | Выполнено качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 16. | Выполнено качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена р24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1, 2/Ag p24) в крови | Да/Нет |
| 17. | Выполнено качественное и полуколичественное определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в спинномозговой жидкости в нетрепонемных тестах (VDRL, РМП) | Да/Нет |
| 18. | Выполнено определение HLA-антигенов | Да/Нет |
| 19. | Выполнена проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и антигенам главного комплекса гистосовместимости донора | Да/Нет |
| 20. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 21. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 22. | Выполнена компьютерная томография брюшной полости с | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | внутривенным контрастированием | |

**21.3. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при прижизненном донорстве почки (код по МКБ-10: Z52.4)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен прием (консультация) врача-хирурга первичный | Да/Нет |
| 2. | Выполнен прием (консультация) врача-кардиолога первичный | Да/Нет |
| 3. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение антигена D системы Резус (резус-принадлежность) | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнено комплексное исследование функции почек | Да/Нет |
| 8. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование общего белка в суточной моче | Да/Нет |
| 11. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом полимеразной цепной реакции | Да/Нет |
| 12. | Выполнено качественное определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 13. | Выполнено качественное определение РНК вируса иммунодефицита человека 1 типа (Human immunodeficiency virus, HIV-1) в крови методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией | Да/Нет |
| 14. | Выполнено определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови качественное | Да/Нет |
| 15. | Выполнено качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 16. | Выполнено качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена р24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1, 2/Ag p24) в крови | Да/Нет |
| 17. | Выполнено качественное определение ДНК вируса гепатита В (Hepatitis B | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | virus) в крови методом полимеразной цепной реакции | |
| 18. | Выполнено определение HLA-антигенов | Да/Нет |
| 19. | Выполнена проба на совместимость по иммунным антителам реципиента и антигенам главного комплекса гистосовместимости донора | Да/Нет |
| 20. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости | Да/Нет |
| 21. | Выполнена рентгенография грудной клетки прицельная | Да/Нет |
| 22. | Выполнена компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием | Да/Нет |
| 23. | Выполнено удаление донорской почки открытым доступом или удаление донорской почки чрескожным эндоскопическим доступом | Да/Нет |
| 24. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 25. | Выполнен общий (клинический) анализ крови расширенный в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 26. | Выполнено исследование общего белка в крови, исследование альбумина в крови, исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 27. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 28. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости в послеоперационном периоде | Да/Нет |
| 29. | Выполнен ежедневный осмотр врачом-хирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в стационарных условиях в послеоперационном периоде | Да/Нет |

**21.4. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации сердца, наличии трансплантированного сердца, отмирании и отторжении трансплантата сердца (Z94.1, T86.2) (при критической сердечной недостаточности)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-кардиологом | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр врачом - сердечно-сосудистым хирургом | Да/Нет |
| 3. | Выполнен осмотр (консультация) врачом - анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение группы крови по системе АВ0 перекрестным методом (прямой и обратной реакцией) и определение антигена D | Да/Нет |

| | | |
|---|---|---|
| | системы Резус (резус-принадлежность) | |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 6. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови | Да/Нет |
| 7. | Выполнены исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |
| 8. | Выполнена базовая коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) | Да/Нет |
| 9. | Выполнены качественное определение суммарных антител к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 типов и антигена p24 ВИЧ (Human immunodeficiency virus, anti-HIV 1, 2/Ag p24) в крови, качественное определение поверхностного антигена (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, качественное определение суммарных антител (anti-HCV) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови | Да/Нет |
| 10. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 12. | Выполнена компьютерная томография грудной клетки | Да/Нет |

**21.5. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации сердца, наличии трансплантированного сердца, отмирании и отторжении трансплантата сердца (Z94.1, T86.2) (при выполнении трансплантации сердца)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|
| 1. | Выполнена трансплантация сердца ортотопическая | Да/Нет |
| 2. | Выполнено введение глюкокортикоидов перед снятием зажима с аорты | Да/Нет |
| 3. | Выполнен осмотр врачом-сердечно-сосудистым хирургом | Да/Нет |
| 4. | Выполнен осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом | Да/Нет |
| 5. | Выполнены исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |

**21.6. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при трансплантации сердца, наличии трансплантированного сердца, отмирании и отторжении трансплантата сердца (Z94.1, T86.2) (реципиентам трансплантированного сердца с клиническими признаками отторжения (дисфункции) сердечного трансплантата)**

| N п/п | Критерии оценки качества | Оценка выполнения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Выполнен осмотр врача-кардиолога | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови базовый | Да/Нет |
| 3. | Выполнены исследование креатинина в крови, исследование мочевины в крови, исследование билирубина в крови, исследование активности аспартатаминотрансферазы в крови, исследование активности аланинаминотрансферазы в крови, исследование глюкозы в крови, исследование общего белка в крови | Да/Нет |
| 4. | Выполнены исследование калия в крови, исследование натрия в крови | Да/Нет |
| 5. | Выполнена электрокардиография | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография трансторакальная | Да/Нет |
| 7. | Выполнено исследование такролимуса в крови или исследование циклоспорина в крови, или исследование эверолимуса в крови | Да/Нет |