

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

2 ноября 2022 г. № 1511

О порядке организации медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей

На основании [Положения](#) о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в целях совершенствования организации медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

[Положение](#) о кабинете «Диабетическая стопа» (прилагается);

[Инструкцию](#) о порядке оказания медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей (прилагается);

[табель](#) оснащения кабинета «Диабетическая стопа» (прилагается).

2. Начальникам главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета обеспечить:

организацию исполнения настоящего приказа;

преемственность в работе организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей;

оснащение кабинета «Диабетическая стопа» согласно табелю оснащения.

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

УТВЕРЖДЕНО

[Приказ](#)

Министерства здравоохранения
Республики Беларусь

02.11.2022 № 1511

ПОЛОЖЕНИЕ
о кабинете «Диабетическая стопа»

1. Настоящее Положение определяет порядок оказания медицинской помощи при диабетическом поражении нижних конечностей в кабинете «Диабетическая стопа» (далее - КДС).

2. КДС создается в государственной организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и (или) амбулаторных условиях областного, городского, районного, межрайонного уровней.

3. КДС может быть самостоятельным структурным подразделением государственной организации здравоохранения или входить в структуру отделения эндокринологии или отделения хирургии.

4. Штатная численность медицинского персонала устанавливается в соответствии с примерными штатными [нормативами](#) государственных организаций здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 июня 2012 г. № 693.

5. КДС в своей деятельности:

руководствуется нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения, настоящим Положением, должностными инструкциями и другими локальными правовыми актами;

обеспечивает преемственность в работе с врачами-специалистами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

использует новые методы диагностики и лечения пациентов с синдромом диабетической стопы (далее - СДС) или риском его развития.

6. Целью создания КДС является снижение количества и объема ампутаций нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом (далее - СД) путем совершенствования организации оказания медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей с соблюдением принципов своевременности, профилактической направленности лечебно-реабилитационных мероприятий, преемственности.

7. Основными задачами КДС являются:

оказание специализированной медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей;

проведение организационно-методической работы;

анализ качества и эффективности оказания медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей;

подготовка отчетных документов с разработкой рекомендаций и предложений по улучшению качества оказания медицинской помощи.

8. В соответствии с поставленными задачами КДС осуществляет следующие функции:

осуществление диагностики, лечения и медицинской профилактики диабетических поражений нижних конечностей, включая диагностику, лечение и динамическое наблюдение пациентов СДС, пациентов с высоким и очень высоким риском развития СДС;

выявление пациентов, имеющих высокий и очень высокий риск развития СДС, диагностика синдрома диабетической стопы: диабетической остеоартропатии (стопа Шарко), нейропатической, нейроишемической форм;

лечение трофических язв стоп у пациентов с СДС, исключая пациентов с признаками критической ишемии конечности;

оказание профилактической подиатрической помощи пациентам с высоким и очень высоким риском развития СДС;

изготовление индивидуальных разгрузочных повязок с использованием полимерных материалов для пациентов с язвенными поражениями стоп и пациентов с диабетической остеоартропатией;

оформление рекомендаций по лечению и медицинскому наблюдению пациентов с СДС;

направление пациентов с диабетическим поражением нижних конечностей на изготовление ортезов и (или) индивидуальной ортопедической обуви;

направление пациентов с прогрессирующей ишемией нижних конечностей или развитием гнойных осложнений в специализированное хирургическое отделение;

обучение пациентов и их родственников методам профилактики поздних осложнений СД со стороны нижних конечностей по программе «Школа диабета»;

участие в установленном порядке в клинических испытаниях лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также научных исследованиях и инновационных проектах;

участие в повышении квалификации по вопросам диабетического поражения нижних конечностей медицинских работников смежных специальностей;

проведение ежегодного анализа деятельности КДС и анализа проводимых мероприятий;

проведение в установленном порядке оценки качества медицинской помощи пациентам с нетравматическими ампутациями нижних конечностей вследствие СД и экспертизы качества медицинской помощи случаев смерти от гангрены нижних конечностей у пациентов с СД;

по оценке эффективности оказания медицинской помощи в соответствии с критериями эффективности оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом с поражением нижних конечностей согласно [приложению 3](#) к Инструкции о порядке оказания медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей, утвержденной этим приказом;

ведение утвержденной учетно-отчетной документации и архива медицинских документов с соблюдением установленных нормативными документами сроков хранения.

9. КДС размещается в помещениях, отвечающих утвержденным санитарным правилам и нормам, требованиям эксплуатации и техники безопасности, и может включать помещения для врачебного приема и манипуляций.

10. Руководство КДС осуществляет заведующий отделением (кабинетом), назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем государственной организации здравоохранения.

11. На должность врача-специалиста КДС назначается врач-эндокринолог или врач-хирург (далее - врач-специалист).

12. Примерные нормы времени приема врача-специалиста КДС на 1 посещение: медицинский осмотр и диагностика - 22 минуты; прием пациента, получающего лечение с применением индивидуальной разгрузочной повязки: первичный прием - 60 минут, повторный прием - 40 минут.

Иные нормы времени могут устанавливаться администрацией государственной организации здравоохранения по результатам проведенного хронометража рабочего времени врача-специалиста КДС.

УТВЕРЖДЕНО

Приказ

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

02.11.2022 № 1511

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке оказания медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей

1. Настоящая Инструкция определяет порядок оказания медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей в кабинете «Диабетическая стопа» (далее - КДС).

2. Для целей настоящей Инструкции используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

диабетическое поражение нижних конечностей (далее - НК) - диабетическая дистальная нейропатия, диабетическая ангиопатия НК, синдром диабетической стопы;

диабетическая остеоартропатия Шарко - асептическое деструктивное одно- или двустороннее поражение костей и суставов стопы, ассоциированное с диабетической нейропатией и приводящее к деформации конечности и утрате опорной функции;

критическая ишемия - хроническая артериальная недостаточность НК, проявляющаяся постоянной болью в покое, требующая обезболивания в течение 2 недель и более. При отсутствии лечения может привести к возникновению трофической язвы или гангрены пальцев или стопы;

острая ишемия - острое нарушение (прекращение) артериального кровообращения в конечности, возникшее вследствие тромбоза, эмболии либо повреждения артерии, проявляющееся острой болью в НК. При отсутствии адекватной помощи в течение нескольких часов приводит к утрате конечности;

синдром диабетической стопы (далее - СДС) - состояние, при котором у пациента с сахарным диабетом (далее - СД) на стопах имеются очаг инфекционного поражения, язвенный дефект и (или) деструкция глубоких тканей и (или) костей стопы, обусловленные неврологическими нарушениями и (или) снижением магистрального кровообращения в артериях НК;

стопа - анатомическая область, ограниченная линией голеностопного сустава.

3. Медицинская помощь пациентам с диабетическим поражением НК предусматривает проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, оказывается в организациях здравоохранения в амбулаторных и стационарных условиях с соблюдением принципов преемственности.

4. Выявление пациентов с СДС и риском его развития проводится медицинскими работниками амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения по месту жительства (месту пребывания), месту работы (учебы, службы).

5. Медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения пациентам с диабетическим поражением НК оказывают: врачи общей практики, врачи-эндокринологи, врачи-хирурги, врачи-неврологи, врачи-ангиохирурги консультативных кабинетов и отделения сосудистой хирургии (далее - медицинские работники).

6. Медицинские работники организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам в стационарных или амбулаторных условиях с заболеваниями эндокринной системы, проводят:

мероприятия по первичной профилактике развития диабетических поражений НК, в том числе обучение пациентов с СД, их родственников правилам ухода за стопами и самоконтролю состояния стоп;

осмотр стопы пациентов с СД не реже 1 раза в 6 месяцев в соответствии с протоколом осмотра стоп и критериями определения риска СДС по форме согласно [приложению 1](#), используют шкалу балльной оценки симптомов нейропатии согласно [приложению 2](#);

по результатам осмотра стоп определение степени риска развития СДС;

назначение по показаниям лечения пациентов с низким и средним риском развития СДС.

7. Показания к направлению пациентов к врачу-хирургу районных и городских поликлиник:

подозрение на ангиопатию НК - для проведения диагностики и дифференциальной диагностики ангиопатии НК с определением компенсации кровотока в НК и стадии ангиопатии, назначения лечения и тактики дальнейшего наблюдения;

появление на стопах пациента изменений, подозрительных на СДС, - для верификации диагноза и направления пациента в зависимости от медицинских показаний в хирургические отделения центральных районных больниц или в КДС;

динамическое наблюдение и лечение пациентов с СДС, с высоким и очень высоким риском развития СДС в соответствии с рекомендациями врача КДС, врача-ангиохирурга;

определение показаний для изготовления индивидуальной обуви и других ортопедических приспособлений, направление в РУП «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр» (далее - БПОВЦ);

состояние после госпитализации по поводу СДС, реконструктивных операций на артериях НК - для дальнейшего лечения и динамического наблюдения;

состояние после проведенной хирургической ампутации НК - для организации реабилитационных мероприятий, дальнейшего лечения и динамического наблюдения.

8. Плановая консультация врача-ангиохирурга проводится в установленном порядке по направлению врача-хирурга районных и городских поликлиник, врача КДС в государственную организацию здравоохранения областного уровня.

Показания к направлению на плановую консультацию врача-ангиохирурга:

отсутствие пульса на артериях стоп и лодыжек, снижение дистанции безболевого ходьбы <200 метров;

стеноз магистральных артерий нижних конечностей более 50 % (по данным УЗИ сосудов);

окклюзия магистральных артерий нижних конечностей (по данным УЗИ сосудов);

наличие в анамнезе реваскуляризации НК - для контроля состояния кровотока.

Кратность повторных посещений определяется врачом-ангиохирургом.

9. Порядок направления пациентов в КДС:

9.1. направление пациентов в КДС осуществляется медицинскими работниками при наличии показаний:

высокий и очень высокий риск развития СДС;

появление симптомов нарушения трофики тканей стоп (незаживающие раны, трофические язвы, некрозы);

остро возникшие изменения формы стоп, проявляющиеся внезапной, часто не связанной с травмой и безболезненной деформацией с изменением цвета и температуры кожи над деформацией (подозрение на остеоартропатию Шарко);

наличие или появление патологических образований кожи (мозоли, деформация ногтей и т. д., не подлежащие коррекции в педикюрных кабинетах), угрожающих образованием трофических язв;

9.2. к направлению прилагаются данные диагностических исследований, результаты исследований, применяемые для диагностики осложнений сахарного диабета со стороны нижних конечностей;

9.3. частоту повторных посещений КДС определяет врач КДС.

10. Перечень диагностических исследований, выполняемых врачом КДС:

оценка тяжести общего состояния пациента, компенсации сахарного диабета;

осмотр и пальпация НК;

оценка (скрининг) степени выраженности нарушения чувствительности НК: тактильной, вибрационной, температурной и болевой;

определение коленного и ахиллова рефлексов;

определение пульсации на артериях стоп и лодыжек;

скрининговое исследование артерий стоп и лодыжек с автоматическим расчетом лодыжечно-плечевого индекса с помощью портативного сосудистого доплера;

измерение разницы температур на обеих стопах;

оценка раневого дефекта НК.

11. Перечень медицинских вмешательств, проводимых врачом КДС на стопах пациентов с СДС:

вскрытие и дренирование абсцессов, флегмон;

некрэктомия;

хирургическая обработка краев язв;

коррекция углов вросших ногтей;

вскрытие и дренирование гематом;

удаление секвестров костей, инородных тел;

перевязки;

коррекция ногтя при онихогрифозе с высоким (очень высоким) риском развития СДС;

обработка гиперкератозов вокруг язв, угрожающих развитием СДС;

принятие мер по адекватной разгрузке мест избыточного давления;

лечение ожогов при СДС;

наложение индивидуальной иммобилизирующей разгрузочной повязки по следующим показаниям:

острая и подострая стадия диабетической остеоартропатии Шарко;

хроническая стадия диабетической остеоартропатии Шарко;

нейропатическая трофическая язва стопы;

назначение системной антибиотикотерапии, дезагрегантной терапии и симптоматической терапии в соответствии с клиническими протоколами.

12. Оказание медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением НК в стационарных условиях оказывается в отделении гнойной хирургии областного или межрайонного уровня, отделении сосудистой хирургии, хирургических отделениях центральных районных и городских больниц.

13. Госпитализация пациентов в отделение гнойной хирургии областного или межрайонного уровня, отделение сосудистой хирургии осуществляется в соответствии с перечнем показаний:

13.1. показания к направлению пациентов на госпитализацию в отделение гнойной хирургии областного или межрайонного уровня:

ишемическая, нейропатическая и смешанная формы СДС с признаками абсцесса или флегмоны стопы, остеомиелита и (или) остеоита костей, в том числе трофические нарушения, не заживающие в течение 4 и более недель;

хроническая критическая ишемия НК (боли в покое, очаговые некрозы и язвы стопы);

рецидивирующий гнойно-воспалительный процесс в области стопы.

Экстренно (в течение суток с момента выявления) направляются пациенты, имеющие прогрессирующие инфекционные осложнения с общими симптомами интоксикации: флегмона, гнойный фасцит, остеомиелит, абсцесс, буллезная и некротическая формы рожистого воспаления и иное.

Отсрочено (в течение 7 дней) направляются пациенты в состоянии, угрожающем потерей конечности или части конечности:

критическая ишемия с прогрессирующим некротическим процессом и (или) инфицированием;

нейропатическая язва стопы с прогрессирующим увеличением площади и глубины процесса и (или) инфицированием;

острая форма остеоартропатии Шарко с инфицированием;

13.2. показания к направлению пациентов на госпитализацию в отделение сосудистой хирургии при возникновении признаков декомпенсации кровотока в НК у пациента:

острая ишемия НК;

критическая ишемия НК.

14. Противопоказания к направлению пациентов на госпитализацию в отделение гнойной хирургии областного или межрайонного уровня и отделение сосудистой хирургии:

инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения (острый период);

неконтролируемая артериальная гипертензия 3-й, 4-й ст.;

хроническая сердечная недостаточность Н2Б - Н3 ст.;

наличие эрозий или язв по данным выполненной фиброгастродуоденоскопии;

злокачественные новообразования (пациенты с 4-й клинической группой);

психические и инфекционные заболевания, требующие изоляции и (или) индивидуального поста наблюдения;

почечная недостаточность в терминальной стадии;

печеночная недостаточность (цирроз печени);

необходимость обеспечения в стационаре индивидуального медицинского ухода и симптоматического лечения (спинальные неврологические пациенты после инфаркта мозга с нарушением психики и (или) функций конечностей).

15. Показания к направлению пациентов на госпитализацию в отделения гнойной хирургии городских и районных больниц по месту жительства - решение вопроса о выполнении высокой ампутации НК (выше щели голеностопного сустава):

экстренно - при развитии гангрены стопы с переходом на голень;

планово - в случаях:

обширных некрозов стопы с контрактурой в голеностопном суставе;

критические прогрессирующие нарушения кровообращения НК, если ранее было получено заключение ангиохирурга об отсутствии условий для реваскуляризации и других сохраняющих конечность мероприятий;

выявление у пациента порока и (или) болезни кисти, которые требуют хирургической коррекции в стационарных условиях (реампутация).

16. Реабилитация пациентов с ампутационными кистями нижних конечностей проводится:

в хирургическом отделении центральной районной (городской) больницы;

в отделениях медицинской реабилитации территориальных поликлиник;

в БПОВЦ.

17. Медицинская реабилитация в хирургическом отделении центральной районной (городской) больницы и в отделениях медицинской реабилитации территориальных поликлиник включает:

проведение пациенту комплекса мероприятий, направленных на раннюю вертикализацию;

обучение пациента и его родственников комплексу упражнений и мероприятий, направленных на профилактику развития контрактур и атрофии мышц культи.

18. Показания для направления пациентов на консультацию в БПОВЦ:

решение вопроса о первичном протезировании;

определение срока замены протеза и необходимости повторного протезирования.

19. В хирургическом отделении центральной районной (городской) больницы врач-хирург:

оценивает состояние культи, определяет показания, противопоказания к протезированию, реабилитационный потенциал;

организует медицинскую реабилитацию пациенту в период стационарного лечения;

оформляет после проведения ампутации по установленным формам уведомление о необходимости первичного протезирования пациента в четырех экземплярах. Первый экземпляр направляется в БПОВЦ, второй экземпляр - в территориальный орган по труду и социальной защите администрации района по месту жительства (пребывания) пациента, третий экземпляр - в поликлинику по месту жительства (месту пребывания) пациента, четвертый экземпляр остается в уведомляющей организации для учета;

направляет в установленном порядке эпикриз пациента в поликлинику по месту жительства (месту пребывания) пациента и в областную организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь пациентам с заболеваниями эндокринной системы в амбулаторных условиях.

20. В районной (городской) поликлинике врач-хирург оценивает состояние культи, определяет показания и противопоказания к протезированию, реабилитационный потенциал, тактику дополнительных лечебно-реабилитационных мероприятий и организует в установленном порядке и в соответствии с показаниями направление пациента:

в отделение медицинской реабилитации районной (городской) поликлиники;

на врачебно-консультационную комиссию поликлиники для решения следующих вопросов:

направление на первичное протезирование конечности;

определение имеющихся заболеваний или нарушений функции организма, являющихся противопоказанием к протезированию;

определение дополнительных лечебно-реабилитационных мероприятий;

направление пациента на медико-социальную экспертизу в медико-реабилитационную экспертную комиссию.

21. Оценка эффективности оказания НК осуществляется по критериям эффективности оказания медицинской помощи пациентам с СД с поражением НК согласно [приложению 3](#).

УТВЕРЖДЕНО

Приказ

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

02.11.2022 № 1511

**ТАБЕЛЬ
оснащения кабинета «Диабетическая стопа»**

| № | Наименование изделий медицинского оснащения и медицинской техники | Количество изделий | Срок эксплуатации в годах |
|-------------------------------------|--|--------------------|---------------------------|
| 1. Кабинет врачебного приема | | | |
| 1 | Измеритель артериального давления (тонометр) | 1 | 5 |
| 2 | Негатоскоп общего назначения | 1 | 10 |
| 3 | Термометр медицинский | 1 | 3 |
| 4 | Термометр медицинский инфракрасный (для измерения кожной температуры)* | 1 | 5 |
| 5 | Аппарат ультразвуковой портативный сосудистый доплер (для ангиологического скрининга с автоматической системой расчета лодыжечно-плечевого индекса)* | 1 | 5 |
| 6 | Фонендоскоп комбинированный | 1 | 5 |
| 7 | Камертон медицинский градуированный, 128 Гц | 1 | 10 |
| 8 | Молоток неврологический | 1 | 10 |
| 9 | Монофиламент, 10,0 г* | 1 | 10 |
| 10 | Тип-терм* | 1 | 10 |
| 11 | Нейротипсы* | * | 5 |
| 12 | Кушетка медицинская смотровая* | 1 | 10 |
| 13 | Кресло рабочее поворотное | 1 | 10 |
| 14 | Лента измерительная | 1 | 3 |
| 15 | Дозатор для антисептика | 1 | 3 |
| 16 | Дозатор для жидкого мыла | 1 | 3 |
| 2. Манипуляционный кабинет | | | |
| 17 | Кресло подиатрическое с механическим приводом* | 1 | 10 |
| 18 | Кресло рабочее поворотное | 1 | 10 |
| 19 | Стол для емкостей с дезрастворами | 1 | 10 |
| 20 | Столик инструментальный | 1 | 8 |
| 21 | Стол перевязочный | 1 | 8 |
| 22 | Шкаф медицинский одностворчатый | 2 | 8 |
| 23 | Кушетка медицинская смотровая | 1 | 10 |

| | | | |
|----|--|----|----|
| 24 | Рециркулятор воздуха проточный бактерицидный | | |
| 25 | Лампа-лупа круглая с 20-кратным увеличением передвижная | 1 | 8 |
| 26 | Скалер для обработки кожи ног с устройством всасывания пыли (скорость микромотора 35 000-40 000 оборотов) | 1 | 5 |
| 27 | Пила осциллярная для снятия синтетического гипса | 1 | 10 |
| 28 | Зажим кровоостанавливающий типа «Москит» | 6 | 5 |
| 29 | Зонд хирургический желобоватый (разные) | 3 | 4 |
| 30 | Зонд хирургический пуговчатый (разные) | 5 | 4 |
| 31 | Ложка костная двусторонняя острая | 5 | 5 |
| 32 | Ножницы для разрезания повязок с пуговкой горизонтально-изогнутые | 2 | 3 |
| 33 | Ножницы для перевязочного материала | 5 | 3 |
| 34 | Пинцет анатомический (разные) | 15 | 5 |
| 35 | Пинцет хирургический (разные) | 5 | 5 |
| 36 | Ножницы перевязочные по Листону, 20 см, заугленные тупые / с напльвом твердосплавные с лазерной заточкой (для разрезания синтетического гипса) | 1 | 5 |
| 37 | Ножницы перевязочные по Бергману, 23 см, заугленные тупые / с напльвом (для разрезания повязок из синтетических полимерных материалов) | 1 | 5 |
| 38 | Скальпель (ручка) | 10 | 3 |
| 39 | Скальпель (лезвия одноразовые разные) | 20 | - |
| 40 | Экскаватор педиатрический (типа стоматологический № 2, 3) | 4 | 5 |
| 41 | Щипцы для обрезания ногтей (разные) | 5 | 3 |
| 42 | Набор инструментов для подологической обработки ног (боры твердосплавные и алмазные, разные) | 60 | 1 |
| 43 | Основа резиновая для шлифовальных колпаков 10 мм диаметр* | 1 | 3 |
| 44 | Колпаки шлифовальные диаметром 10 мм одноразовые* | 15 | - |
| 45 | Аптечка для оказания первой помощи при работе с дезинфицирующими веществами | 1 | - |
| 46 | Аптечка для профилактики заражения ВИЧ-инфекции | 1 | - |
| 47 | Контейнер для дезинфекции медицинских инструментов | 3 | 10 |
| 48 | Контейнер для транспортировки проб биоматериалов | 1 | 10 |
| 49 | Контейнер (тара) для сбора грязного белья | 1 | 10 |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 50 | Контейнеры для сбора медицинских отходов | 2 | 8 |
|----|--|---|---|

*Приложение 1
к [Инструкции](#)
о порядке оказания медицинской
помощи пациентам с
диабетическим поражением
нижних конечностей*

Форма

ПРОТОКОЛ осмотра стоп и критерии определения риска синдрома диабетической стопы

Фамилия, имя, отчество (если таковое имеется): _____

Дата проведения медицинского осмотра: _____

Оценка жалоб со стороны стоп по шкале НСС: (баллы: 0 - нет, 1 - есть, 2 - усиливаются ночью)

боль: 0, 1, 2;

судороги: 0, 1, 2;

дизестезии: 0, 1, 2.

Сумма баллов: _____

Кожа и ее придатки: норма или изменена: гиперкератоз, трещины, изменения цвета кожи, признаки онихомикоза.

Язвы стопы: нет/есть, локализация:

слева: 1-й палец, 2-й палец, 3-й палец, 4-й палец, 5-й палец, другой отдел стопы;

справа: 1-й палец, 2-й палец, 3-й палец, 4-й палец, 5-й палец, другой отдел стопы.

Деформация стопы: нет/есть, описание:

слева: послеоперационные, Hallusvagus, пальцев, стопы, артропатия Шарко;

справа: послеоперационные, Hallusvagus, пальцев, стопы, артропатия Шарко.

Ампутации: нет/есть, уровень:

слева: пальцы, стопа, голень, бедро;

справа: пальцы, стопа, голень, бедро.

Оценка чувствительности стоп (монофиламент, Vibratip, камертон, Tip-term), нарушения чувствительности;

слева: нет/есть;

справа: нет/есть.

Определение сухожильных рефлексов: нет/есть, уровень:

слева: коленный, ахилловый;

справа: коленный, ахилловый.

Оценка состояния кровообращения:

Arteria dorsalis pedis: справа +/-, слева +/-;

Arteria tibialis posterior: справа +/-, слева +/-.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: данные за наличие нейропатии: есть/нет, данные за наличие ангиопатии: есть/нет; синдром диабетической стопы: выявлен (язва стопы / артропатия Шарко), не выявлен; риск развития СДС: низкий/средний/высокий/очень высокий.

Должность _____ Подпись _____ Фамилия, имя, отчество (если таковое имеется) _____

Оборотная сторона

Критерии оценки степени риска синдрома диабетической стопы

| Степень риска СДС | Данные анамнеза | Данные осмотра | | |
|--------------------|---|---|-----|---|
| Низкий риск | Язв и ампутаций не было | НСС 0-1 и (или) чувствует монофиламент/Vibratip. Пульс на артериях стоп сохранен. Деформаций нет | | |
| Средний риск | Язв и ампутаций не было | НСС >3 и (или) НЕ чувствует монофиламент/Vibratip. Пульс на артериях стоп сохранен. Деформаций нет | или | НСС <3 и (или) чувствует монофиламент/Vibratip. Пульс на артериях стоп сохранен. Деформации ЕСТЬ |
| Высокий риск | Язв и ампутаций не было | НСС >3 и (или) НЕ чувствует монофиламент/Vibratip. Пульс на артериях стоп сохранен. Деформации ЕСТЬ | или | НСС >3 и (или) НЕ чувствует монофиламент/Vibratip. Пульс на артериях стоп отсутствует. Деформаций нет |
| Очень высокий риск | В анамнезе язва и/или ампутация, хирургические вмешательства на стопе | | | |

*Приложение 2
к [Инструкции](#)
о порядке оказания медицинской помощи пациентам с диабетическим поражением нижних конечностей*

ШКАЛА
балльной оценки симптомов нейропатии

| Название симптома | Баллы |
|-------------------------------|-------|
| Жжение, онемение, покалывание | 2 |
| Утомляемость, судороги, боли | 1 |
| Локализация: | |
| стопы | 2 |
| икры | 1 |
| другая | 0 |
| Время возникновения: | |
| только ночью | 2 |
| ночью и днем | 1 |
| днем | 0 |
| сразу после пробуждения | 1 |
| Уменьшение симптоматики: | |
| при ходьбе | 2 |
| стоя | 1 |
| лежа | 0 |
| Сумма баллов | |

Интерпретация результатов:

0-1 балл - легкая нейропатия;

3-4 балла - умеренная нейропатия;

5-6 баллов - выраженная нейропатия;

7-9 баллов - тяжелая нейропатия.

Приложение 3
к [Инструкции](#)
о порядке оказания медицинской
помощи пациентам с
диабетическим поражением
нижних конечностей

КРИТЕРИИ

эффективности оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом с поражением нижних конечностей

1. Распространенность ампутаций нижних конечностей на 100 пациентов с сахарным диабетом:

число проведенных ампутаций нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом в течение отчетного периода к количеству пациентов с сахарным диабетом, зарегистрированных на конец отчетного периода;

целевой уровень - $\leq 0,14$

| Регион | Целевой уровень |
|---------------------|-----------------|
| г. Минск | $\leq 0,18$ |
| Брестская область | $\leq 0,10$ |
| Витебская область | $\leq 0,10$ |
| Гомельская область | $\leq 0,16$ |
| Гродненская область | $\leq 0,15$ |
| Минская область | $\leq 0,20$ |
| Могилевская область | $\leq 0,11$ |
| РБ | $\leq 0,14$ |

2. Распространенность высоких (на уровне бедра и голени) ампутаций нижних конечностей на 100 пациентов с сахарным диабетом:

число проведенных высоких (на уровне бедра и голени) ампутаций нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом в течение отчетного периода к количеству пациентов с сахарным диабетом, зарегистрированных на конец отчетного периода;

целевой уровень - $\leq 0,05$

| Регион | Целевой уровень |
|---------------------|-----------------|
| г. Минск | $\leq 0,05$ |
| Брестская область | $\leq 0,03$ |
| Витебская область | $\leq 0,03$ |
| Гомельская область | $\leq 0,03$ |
| Гродненская область | $\leq 0,05$ |
| Минская область | $\leq 0,06$ |

| | |
|---------------------|-------------|
| Могилевская область | $\leq 0,05$ |
| РБ | $\leq 0,05$ |