



**КонсультантПлюс**

Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н  
"Об утверждении критериев оценки качества  
медицинской помощи"  
(Зарегистрировано в Минюсте России  
17.05.2017 N 46740)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

[www.consultant.ru](http://www.consultant.ru)

Дата сохранения: 07.04.2023

---

Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2017 г. N 46740

---

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ПРИКАЗ**  
от 10 мая 2017 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) приказываю:

1. Утвердить [критерии](#) оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
2. Отменить [приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. N 520н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 августа 2016 г., регистрационный N 43170).
3. Признать утратившим силу [приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 августа 2015 г., регистрационный N 38494).
4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2017 года.

Врио Министра  
Д.В.КОСТЕННИКОВ

Приложение  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 10 мая 2017 г. N 203н

### КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

#### I. Общие положения

1.1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее - критерии качества) применяются при оказании медицинской помощи в медицинских и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2. Критерии качества применяются в целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.3. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях).

---

## II. Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи

### 2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <1>, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):

-----

<1> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160).

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <2>;

-----

<2> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в амбулаторной карте;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных [стандартами](#) медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей <3> с

---

---

внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

-----

<3> [Статья 48](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе [стандартов](#) медицинской помощи и [клинических рекомендаций](#);

к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком <4>:

-----

<4> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 июня 2013 г., регистрационный N 28883), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714) и от 30 июня 2015 г. N 386н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 6 августа 2015 г., регистрационный N 38379) (далее - приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н).

оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;

внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации <5>;

-----

<5> В соответствии с [пунктом 4.7](#) Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июня 2012 г., регистрационный N 24516), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714).

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном [порядке](#) <6>;

-----

<6> [Статья 59](#) Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

м) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке <7> с соблюдением

---

---

периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

-----

<7> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 февраля 2013 г., регистрационный N 27072) и [приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1348н "Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 марта 2013 г., регистрационный N 27909).

н) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке <8>, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

-----

<8> [Часть 7 статьи 46](#) Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4219).

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <9>;

-----

<9> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924), с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. N 549н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный N 38783).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее - профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в стационарной карте;

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

---

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных **стандартами** медицинской помощи, а также **клинических рекомендаций**:

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

-----  
<10> [Статья 48](#) Федерального закона N 323-ФЗ.

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в [перечень](#) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения <11> и [перечень](#) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <12>, врачебной

---

комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

-----

<11> [Распоряжение](#) Правительства Российской Федерации 28 декабря 2016 г. N 2885-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, N 2, ст. 435).

<12> [Распоряжение](#) Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 г. N 2229-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, N 44, ст. 6177).

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими [порядками](#) оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

о) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <6>;

-----

<6> [Статья 59](#) Федерального закона N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

п) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке <13>;

-----

<13> [Приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. N 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный N 30612).

р) отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза;

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

### III. Критерии качества по группам заболеваний (состояний)

#### 3.1. Критерии качества при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях

3.1.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при лихорадке без очага инфекции (коды по МКБ - 10: [A49.8](#) - [A49.9](#); [R50.0](#) - [R50.1](#))



| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена отоскопия                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                                                                            | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка или прокальцитонина в крови                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий анализ мочи не позднее 24 часов от момента поступления                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции) | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при выявлении лейкоцитурии и/или бактериурии и/или нитритов в моче)        | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)                                                                                                              | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтверждении бактериальной инфекции и/или при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)                                               | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена смена терапии антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 72 часов от момента начала антибактериальной терапии (при отсутствии снижения температуры тела)                                        | Да/Нет            |

3.1.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вирусном гепатите без печеночной комы (коды по МКБ-10: [B15.9](#); [B16.1](#); [B16.9](#); [B17.1](#); [B17.2](#); [B17.9](#); [B19.9](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин, глюкоза) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено определение протромбинового индекса или коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) при протромбиновом индексе менее 70%                               | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение маркеров вирусов гепатита А и Е и/или вирусов гепатита В и С методами иммуноферментного анализа или                                                           | Да/Нет            |



|    |                                                                                                                                                                                             |        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | хемилюминесцентного иммунного анализа или полимеразной цепной реакции                                                                                                                       |        |
| 5. | Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                 | Да/Нет |
| 6. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости | Да/Нет |
| 7. | Достигнуто снижение уровня аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л на момент выписки из стационара                                                                                            | Да/Нет |
| 8. | Достигнут уровень билирубина в крови не выше 40 мкмоль/л на момент выписки из стационара                                                                                                    | Да/Нет |
| 9. | Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 80% на момент выписки из стационара                                                                                                       | Да/Нет |

3.1.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при вирусном гепатите с печеночной комой (коды по МКБ-10: B15.0; B16.0; B16.2)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                            | Да/Нет            |
| 3.    | Проведены инфузионно-трансфузионная терапия и терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикостероидов не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение вирусов гепатитов А, В, С, D методами иммуноферментного анализа или хемилюминесцентного иммунного анализа или полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, общий белок, альбумин, электролиты крови) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар  | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                      | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                         | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                              | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                       |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 9.  | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний) не позднее 20 минут от момента поступления в стационар                                                      | Да/Нет |
| 10. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов)                                                                   | Да/Нет |
| 11. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при среднетяжелой и тяжелой формах острого вирусного гепатита с длительным холестазом и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости           | Да/Нет |
| 13. | Достигнуто улучшение сознания по шкале Глазго                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 14. | Достигнут уровень билирубина в крови не выше 60 мкмоль/л на момент выписки из стационара (за исключением холестатических форм)                                                                        | Да/Нет |
| 15. | Достигнут уровень протромбинового индекса не ниже 70% на момент выписки из стационара                                                                                                                 | Да/Нет |
| 16. | Достигнуто уменьшение гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствие выпота в брюшной полости на момент выписки из стационара                                                                       | Да/Нет |

3.1.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (код по МКБ-10: [A98.5](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                 | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий билирубин, натрий, калий, хлор) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)                                                                                              | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение антител к антигенам хантавирусов не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                         | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости                                                                                                         | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                     |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | (комплексное) и почек и/или компьютерная томография брюшной полости и почек и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и почек                   |        |
| 8.  | Выполнено повторное определение антител к антигенам хантавирусов не позднее 192 часов от момента поступления в стационар                                            | Да/Нет |
| 9.  | Проведена терапия лекарственными препаратами группы нуклеозиды и нуклеотиды, кроме ингибиторов обратной транскриптазы (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Достигнута нормализация диуреза на момент выписки из стационара                                                                                                     | Да/Нет |
| 11. | Достигнута нормализация уровня креатинина и мочевины в крови на момент выписки из стационара                                                                        | Да/Нет |

3.1.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при кишечных инфекциях (коды по МКБ-10: [A02.0](#); [A02.2+](#); [A02.8](#); [A02.9](#); [A03](#); [A04](#); [A05.0](#); [A05.2](#); [A05.3](#); [A05.4](#); [A05.8](#); [A05.9](#); [A08](#); [A09](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено измерение массы тела                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена оценка синдрома дегидратации по шкале Clinical Dehydration Scale                                                                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена оценка гематокрита                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено бактериологическое исследование кала и/или определение бактерий в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение бактерий в кале серологическими методами | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение вирусов в кале методом полимеразной цепной реакции и/или определение вирусов в кале серологическими методами                                              | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено микроскопическое исследование кала на простейшие                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена оральная регидратация, с использованием глюкозо-солевых растворов (в зависимости от возраста и типа дегидратации)                                                     | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнен расчет объема инфузионной терапии в случае проведения инфузионной терапии                                                                                              | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы кишечные адсорбенты                                                                                                         | Да/Нет            |
| 11.   | Проведена терапия противомикробными лекарственными препаратами (при инвазивных диареях средней степени тяжести и                                                                | Да/Нет            |

|     |                                                                                               |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)            |        |
| 12. | Достигнута нормализация характера стула и кратности дефекации на момент выписки из стационара | Да/Нет |

3.1.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезни Лайма (код по МКБ-10: [A69.2](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при наличии неврологических нарушений)                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза (при нейроборрелиозе и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена повторная спинномозговая пункция и повторное исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) (при нейроборрелиозе)                                                                               | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение антител к борелии Бургдорфера ( <i>Borrelia burgdorferi</i> ) в крови                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена рентгенография пораженного сустава и/или ультразвуковое исследование пораженного сустава (при суставном синдроме)                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 9.    | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 10.   | Исчезновение эритемы на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 11.   | Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в периферической крови на момент выписки из стационара                                                                                                                                                             | Да/Нет            |

3.1.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с другими проявлениями (коды по МКБ-10: [J10.1](#); [J10.8](#); [J11.1](#); [J11.8](#))

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

|    |                                                                                                                                                                                                                                             |        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                           | Да/Нет |
| 2. | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточности кровообращения III степени и/или нарушении сознания) | Да/Нет |
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 4. | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 5. | Выполнено серологическое исследование или полимеразно-цепная реакция                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 6. | Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                        | Да/Нет |
| 7. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы нейраминидазы (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                        | Да/Нет |
| 8. | Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                     | Да/Нет |
| 9. | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                                                                                                            | Да/Нет |

3.1.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с пневмонией (коды по МКБ-10: J10.0; J11.0)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии дыхательной недостаточности III степени и/или недостаточность кровообращения III степени и/или нарушении сознания) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено серологическое исследование или полимеразно-цепная реакция                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                      | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                              |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 8.  | Выполнено бактериологическое исследование мокроты или отделяемого с задней стенки глотки при отсутствии мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 9.  | Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы нейраминидазы (при наличии дыхательной недостаточности и/или недостаточности кровообращения и при отсутствии медицинских противопоказаний)    | Да/Нет |
| 10. | Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                         | Да/Нет |
| 11. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                | Да/Нет |
| 12. | Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                      | Да/Нет |
| 13. | Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 95% и более (при сатурации менее 92%)                                                                                                     | Да/Нет |
| 14. | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при сатурации менее 92%)                                                                                                                               | Да/Нет |
| 15. | Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки перед выпиской из стационара                                                                                                                       | Да/Нет |
| 16. | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                                                                             | Да/Нет |
| 17. | Достигнут уровень лейкоцитов менее $15 \times 10^9$ на момент выписки из стационара                                                                                                                          | Да/Нет |

3.1.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при менингите (коды по МКБ-10: [A39.0+](#); [A87](#); [G00](#); [G01\\*](#); [G02\\*](#); [G03](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго                                                                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен осмотр-врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при признаках септического шока или отека головного мозга) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, глюкоза, калий, натрий)                                                                   | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 6.  | Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, цитологическое исследование) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                    | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено определение возбудителя в крови бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (до начала антибактериальной терапии) | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено определение возбудителя в спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции                                                                          | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при тяжелой степени тяжести заболевания)                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 10. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при выявлении бактериальной инфекции)                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 11. | Проведена детоксикационная терапия                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 12. | Выполнена повторная спинномозговая пункция и повторное исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, цитологическое исследование)                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 13. | Выполнено повторное определение возбудителя в спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или методом полимеразной цепной реакции                                                                | Да/Нет |
| 14. | Достигнута нормализация показателей в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 15. | Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 16. | Достигнуто восстановление уровня сознания до 15 баллов по шкале Глазго                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |

3.1.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при роже (код по МКБ-10: A46)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                            | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза)                                                | Да/Нет            |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из очага воспаления с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или определение маркеров б-гемолитического стрептококка группы А в отделяемом из очага воспаления | Да/Нет |
| 5. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 6. | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |

3.1.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дифтерии (код по МКБ-10: [A36](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии токсического шока и/или токсической дифтерии ротоглотки III - IV степени и/или дифтерийного крупа)                                                                              | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий анализ мочи                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и из носа, а также с других пораженных органов на коринобактерии дифтерии с определением их токсигенности и другую флору с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам не менее 3 раз | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение антител к дифтерийному токсину в крови 2 раза                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена электрокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (при токсической форме или при распространенной форме вне зависимости от сроков или до 96 часов от момента начала заболевания при локализованной форме)                                                                                  | Да/Нет            |
| 10.   | Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 11.   | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнено контрольное бактериологическое исследование                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                     |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | отделяемого из ротоглотки и из носа и с других пораженных органов не менее 2 раз через 2 дня после отмены антибактериальной терапии |        |
| 13. | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                    | Да/Нет |
| 14. | Достигнута эрадикация возбудителя на момент выписки из стационара                                                                   | Да/Нет |

3.1.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекционном мононуклеозе (код по МКБ-10: B27)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                        | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение вирусов герпеса человека 4, 5, 6 типов методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к вирусам герпеса человека 4, 5 типов в крови                         | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин)                                                                                    | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                         | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтвержденной бактериальной инфекции и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (комплексное)                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 9.    | Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                  | Да/Нет            |
| 10.   | Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами и/или лекарственными препаратами группы интерфероны (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 11.   | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 12.   | Достигнута нормализация уровня билирубина, аспартатаминотрансферазы и/или тенденция к нормализации аланинаминотрансферазы, на момент выписки из стационара                                               | Да/Нет            |

3.1.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при клещевом вирусном энцефалите (код по МКБ-10: A84)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-реаниматологом и/или врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена консультация врачом-неврологом                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование) не позднее 6 часов от момента установления диагноза                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена повторная спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (цитоз, белок, глюкоза, лактат, цитологическое исследование)                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости бактериологическим методом с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам и/или серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при среднетяжелой и тяжелой степени тяжести заболевания)                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия иммуноглобулином человека против клещевого энцефалита                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 9.    | Проведена детоксикационная терапия                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено повторное определение возбудителя в крови и спинномозговой жидкости серологическим методом и/или методом полимеразной цепной реакции                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 11.   | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 12.   | Достигнута нормализация показателей спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 13.   | Достигнута эрадикация возбудителя в спинномозговой жидкости на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |

3.1.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при описторхозе (код по МКБ-10: B66.0)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                    | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, билирубин, креатинин, общий белок, альбумин, амилаза) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов                                                                                                            | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение антител к возбудителю описторхоза ( <i>Opisthorchis felineus</i> ) в крови                                                                                     | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)                                                                                                          | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия антигистаминными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                          | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия спазмолитическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                         | Да/Нет            |
| 9.    | Проведена терапия специфическими антигельминтными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                           | Да/Нет            |
| 10.   | Отсутствие яиц описторхисов в кале на момент выписки из стационара                                                                                                                   | Да/Нет            |

3.1.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи, взрослым и детям при скарлатине (код по МКБ-10: [A38](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого на бета-гемолитический стрептококк группы А из ротоглотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена электрокардиография                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами                                                                                                                                              | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                         |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 7.  | Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8.  | Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                         | Да/Нет |
| 9.  | Выполнен повторный анализ мочи общий                                                                                                                    | Да/Нет |
| 10. | Выполнено повторное бактериологическое исследование отделяемого на бета-гемолитический стрептококк группы А из ротоглотки                               | Да/Нет |
| 11. | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                        | Да/Нет |
| 12. | Достигнута нормализация показателей общего (клинического) анализа крови на момент выписки из стационара                                                 | Да/Нет |

3.1.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при коклюше (код по МКБ-10: [A37](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при тяжелой степени тяжести заболевания)                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из ротоглотки и/или носоглотки на палочку коклюша и паракоклюша 2 раза и/или однократное определение ДНК палочек коклюша и паракоклюша методом полимеразной цепной реакции в отделяемом из ротоглотки и/или носоглотки и/или определение антител к палочкам коклюша и паракоклюша в крови 2 раза | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена терапия противосудорожными лекарственными препаратами (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при тяжелой степени тяжести заболевания и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена респираторная поддержка (при тяжелой степени тяжести заболевания)                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 9.    | Проведена терапия противокашлевыми лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |

|     |                                                                    |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------|--------|
| 10. | Выполнен контрольный общий (клинический) анализ крови развернутый  | Да/Нет |
| 11. | Достигнуто стойкое уменьшение количества и тяжести приступов кашля | Да/Нет |

3.1.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ветряной оспе (код по МКБ-10: B01)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено определение вируса герпеса человека 3 типа методом полимеразной цепной реакции в крови и/или определение антител к вирусу герпеса человека 3 типа в крови | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена дезинтоксикационная терапия оральная и/или инфузионная (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)             | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами, обладающими противогерпетической активностью (при отсутствии медицинских противопоказаний)           | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнута стойкая нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                                    | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие новых высыпаний в течение 96 часов до момента выписки из стационара                                                                                      | Да/Нет            |

3.1.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при септицемии (сепсисе) (коды по МКБ-10: A02.1; A39.2; A40; A41; A42.7; A49.9; B37.7; R57.2)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка состояния и степени тяжести заболевания по шкале SOFA не позднее 1 часа от момента установления диагноза                                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня лактата в крови не позднее 1 часа от момента установления диагноза                                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                         | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ, SB, BB, SO <sub>2</sub> , НbО не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5.  | Выполнено не менее двух заборов проб крови, взятых из вен разных верхних конечностей, с интервалом 30 минут для бактериологического исследования крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам не позднее 1 часа от момента поступления в стационар            | Да/Нет |
| 6.  | Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или противогрибковыми лекарственными препаратами и/или противовирусными лекарственными препаратами не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при септическом шоке, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 7.  | Проведена инфузионная терапия не позднее 45 минут от момента установления диагноза (при гипотензии или лактате $\geq 4$ ммоль/л)                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 8.  | Не использованы лекарственные препараты на основе гидроксипропилкрахмала при инфузионной терапии (при тяжелом сепсисе и септическом шоке)                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы вазопрессоры (при гипотензии, не купируемой инфузионной терапией)                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 10. | Выполнена пульсоксиметрия                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 11. | Выполнена респираторная поддержка (при сатурации кислорода менее 90%)                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 12. | Проведена инсулиновая терапия до достижения целевого уровня глюкозы менее 12,9 ммоль/л (только при уровне глюкозы в крови выше 12,9 ммоль/л в двух последовательных анализах крови)                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 13. | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови через 48 часов от момента начала антибактериальной терапии                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 14. | Выполнено введение низкомолекулярного гепарина или нефракционного гепарина ежедневное однократное (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 15. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса (при сепсисе или септическом шоке и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 16. | Выполнено поднятие головного конца кровати на 10 - 45 градусов (при искусственной вентиляции легких)                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |

3.1.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туберкулезе органов дыхания, подтвержденном бактериологически или гистологически (код по МКБ-10: A15)

| № п/п | Критерии качества | Оценка выполнения |
|-------|-------------------|-------------------|
|-------|-------------------|-------------------|



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 2.  | Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального) и микроскопического и молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 3.  | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда | Да/Нет |
| 4.  | Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) до начала курса химиотерапии                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью как минимум к рифампицину до начала курса химиотерапии                                                                                        | Да/Нет |
| 6.  | Проведена химиотерапия по режиму 1 (при лекарственной чувствительности возбудителя)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 7.  | Проведена химиотерапия по режиму 2 (при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 8.  | Проведена химиотерапия по режиму 4 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 9.  | Проведена химиотерапия по режиму 5 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 10. | Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 11. | Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных или жидких питательных средах                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                   |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)                                                                     |        |
| 12. | Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)                                       | Да/Нет |
| 13. | Отсутствие нарастания спектра лекарственной устойчивости возбудителя при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или молекулярно-генетическим методом в период госпитализации | Да/Нет |

3.1.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туберкулезе органов дыхания, не подтвержденным бактериологически или гистологически (код по МКБ-10: A16)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального), микроскопического, молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии                                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) до начала курса химиотерапии                                                                                         | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции до начала курса химиотерапии                                                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена химиотерапия по режиму 3 (при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                  |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 8.  | Проведена химиотерапия по режиму 4 (при предполагаемой множественной лекарственной устойчивости)                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 9.  | Проведена химиотерапия по режиму 5 (при предполагаемой широкой лекарственной устойчивости)                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 10. | Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов                                                                                         | Да/Нет |
| 11. | Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения) | Да/Нет |
| 12. | Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)                                                                                      | Да/Нет |
| 13. | Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации                                                                                      | Да/Нет |

3.1.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при туберкулезе органов дыхания (коды по МКБ-10: [A15](#); [A16](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) для бактериологических исследований до начала химиотерапии                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) с идентификацией возбудителя и определением | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда (при наличии бактериовыделения)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
| 8.  | Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и/или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) (при отсутствии бактериовыделения)                                        | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> )                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью к рифампицину (при наличии бактериовыделения) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией (при отсутствии бактериовыделения)                                                                                              | Да/Нет |
| 12. | Проведена химиотерапия по режиму 1 (при наличии бактериовыделения и при лекарственной чувствительности возбудителя)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 13. | Проведена химиотерапия по режиму 2 (при наличии бактериовыделения и при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 14. | Проведена химиотерапия по режиму 3 (при отсутствии бактериовыделения и при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 15. | Проведена химиотерапия по режиму 4 (при определяемой и предполагаемой множественной лекарственной устойчивости микобактерий (к изониазиду и рифампицину или рифампицину и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 16. | Проведена химиотерапия по режиму 5 (при наличии бактериовыделения и при множественной лекарственной устойчивости микобактерий и резистентности к лекарственным                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | препаратам группы фторхинолонов)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |
| 17. | Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом всех суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 18. | Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раз в месяц (в интенсивной фазе лечения) | Да/Нет |
| 19. | Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 20. | Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) не реже 1 раза в месяц                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 21. | Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки не позднее 2 месяца от момента начала химиотерапии                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 22. | Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при отсутствии бактериовыделения)                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 23. | Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при наличии бактериовыделения)                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |

3.1.22. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при раннем сифилисе (код по МКБ-10: [A51](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                              | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование отделяемого специфических высыпаний, методом темнопольной микроскопии для обнаружения бледной трепонемы ( <i>Treponema pallidum</i> ) и/или методом полимеразной цепной реакции (при наличии специфических высыпаний на коже и/или слизистых оболочках) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови                                                                              | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3. | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или методом иммуноблоттинга и/или реакции иммобилизации бледных трепонем в крови (при диагностике скрытых форм использовано не менее 2 методов) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом (при нарушении функции органа зрения)                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 5. | Выполнена консультация врачом-неврологом (при наличии неврологической симптоматики)                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 6. | Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов и/или опорно-двигательного аппарата (при выявлении клинических признаков поражения соответствующего органа)                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 7. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 8. | Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения или группы тетрациклинов или группы макролидов при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                    | Да/Нет |

3.1.23. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при позднем сифилисе, других и неуточненных формах сифилиса (коды по МКБ-10: [A52](#); [A53](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или методом иммуноблоттинга и/или реакции иммобилизации бледных трепонем в крови (при установлении диагноза использовано не менее 2 методов) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена спинномозговая пункция (при наличии неврологической симптоматики)                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка) (при спинномозговой пункции)                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом реакцией                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)                                                                                                                                                                                                                                     |        |
| 6.  | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции) | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена консультация врачом-офтальмологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена консультация врачом-неврологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена консультация врачом-кардиологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 10. | Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов и/или опорно-двигательного аппарата                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 11. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (проведено 2 курса) (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 12. | Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (проведено 2 курса) (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                        | Да/Нет |

3.1.24. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при врожденном сифилисе (код по МКБ-10: [A50](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование отделяемого специфических высыпаний и/или амниотической жидкости и/или ткани плаценты и/или пуповины методом темнопольной микроскопии для обнаружения бледной трепонемы ( <i>Treponema pallidum</i> ) и /или методом полимеразной цепной реакции                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в крови                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в крови (при установлении диагноза использовано не менее 3 методов) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена спинномозговая пункция (при наличии неврологической симптоматики)                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5.  | Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка) (при спинномозговой пункции)                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) количественным нетрепонемным тестом: реакцией микропреципитации и/или тестом быстрых плазменных реагентов в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции)                                                                                                       | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) с использованием реакции пассивной гемагглютинации и/или иммуноферментным методом и/или с использованием реакции иммунофлюоресценции и/или реакции иммобилизации бледных трепонем и/или методом иммуноблоттинга в спинномозговой жидкости (при спинномозговой пункции) | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена рентгенография длинных трубчатых костей до начала специфической терапии                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата плаценты и/или пуповины                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 10. | Выполнена консультация врачом-неонатологом и/или врачом-педиатром                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 11. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 12. | Выполнена консультация врачом-неврологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 13. | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 14. | Выполнены рентгенография и/или ультразвуковое исследование внутренних органов (при выявлении клинических признаков поражения соответствующего органа)                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 15. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 16. | Проведена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы цефалоспорины III поколения при наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                            | Да/Нет |

### 3.2. Критерии качества при новообразованиях

3.2.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при ретинобластоме (код по МКБ-10: [C69.2](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена консультация врачом-генетиком (при установлении диагноза)                           | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                        |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3.  | Выполнено офтальмологическое обследование с медикаментозным мидриазом и применением ретинальной камеры (при установлении диагноза)                                                                     | Да/Нет |
| 4.  | Выполнено ультразвуковое исследование орбит и глаз (при установлении диагноза)                                                                                                                         | Да/Нет |
| 5.  | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография орбит и головного мозга с контрастированием (при установлении диагноза)                                                        | Да/Нет |
| 6.  | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                   | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и шейных лимфатических узлов (при установлении диагноза)                                                     | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена радиоизотопная диагностика костей при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)                                                                                                      | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон скелета, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей скелета (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)                                                                    | Да/Нет |
| 11. | Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости при экстраокулярной форме (при установлении диагноза)                                                                                    | Да/Нет |
| 12. | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                              | Да/Нет |
| 13. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)                         | Да/Нет |
| 14. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки                                                                     | Да/Нет |
| 15. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену                                                  | Да/Нет |
| 16. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 - 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)    | Да/Нет |
| 17. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)                                  | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 18. | Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом перед началом каждого курса полихимиотерапии или селективной интраартериальной химиотерапии или интравитреальной химиотерапии                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 19. | Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-офтальмологом перед выполнением транспупиллярной термотерапии или криодеструкции или брахитерапии                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 20. | Выполнен осмотр врачом - детским онкологом и врачом-радиологом перед началом каждого курса лучевой терапии и после завершения каждого курса лучевой терапии                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 21. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом перед началом каждого курса лучевой терапии и после завершения каждого курса лучевой терапии                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 22. | Выполнен следующий курс полихимиотерапии или селективной интраартериальной химиотерапии или интравитреальной химиотерапии не ранее 21 дня и не позднее 28 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                 | Да/Нет |
| 23. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и шейных лимфатических узлов не реже 1 раза в 2 месяца                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 24. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование глаз и орбит перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 25. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса лучевой терапии или химиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии                                                                                                                               | Да/Нет |
| 26. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса лучевой терапии или полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии | Да/Нет |
| 27. | Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса лучевой терапии или полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 28. | Выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов (при фебрильной нейтропении)                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 29. | Отсутствие гнойно-септических осложнений                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |

3.2.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при гепатобластоме (код по МКБ-10: C22.2)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)                                                                                         | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)                                                                                  | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену                                                                                                           | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 13.   | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед началом каждого курса полихимиотерапии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 14.   | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии)                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 15.   | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии                                                                                                                                    | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |
| 16. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)                                                                                                                           | Да/Нет |
| 17. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 18. | Выполнен анализ мочи общий (перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 19. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 7 - 14 дня от момента завершения предоперационной полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 20. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 21. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 22. | Отсутствие гнойно-септических осложнений                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |

3.2.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при герминогенных опухолях (коды по МКБ-10: C38.1; C49.5; C52; C56; C62)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства и первичного опухолевого очага (при установлении диагноза)       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                     | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена радиоизотопная диагностика костей (при установлении диагноза)                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная                                                                                                             | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                     |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей (при установлении диагноза)                                                                                           |        |
| 7.  | Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (при установлении диагноза)                                                                                                                      | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (при установлении диагноза)                                                                                                                      | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови (при установлении диагноза)                                                                                                                               | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при биопсии и/или при хирургическом вмешательстве на этапе диагностики) (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)                                             | Да/Нет |
| 12. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом перед каждым курсом полихимиотерапии                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 13. | Выполнено удаление опухоли без повреждения ее капсулы (при радикальном хирургическом вмешательстве)                                                                                                                 | Да/Нет |
| 14. | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                           | Да/Нет |
| 15. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)                                      | Да/Нет |
| 16. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки                                                                                  | Да/Нет |
| 17. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену                                                               | Да/Нет |
| 18. | Проведена полихимиотерапия не ранее 5 суток и не позднее 7 суток от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                              | Да/Нет |
| 19. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                       | Да/Нет |
| 20. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)                                         | Да/Нет |
| 21. | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства и первичного опухолевого очага перед началом каждого курса полихимиотерапии                                 | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 22. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием органов малого таза и брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством)                                                                                                                     | Да/Нет |
| 23. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 24. | Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови перед каждым курсом полихимиотерапии                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 25. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в крови перед каждым курсом полихимиотерапии                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 26. | Выполнено исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови перед каждым курсом полихимиотерапии                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 27. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии                                                                                                      | Да/Нет |
| 28. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, натрий, калий, хлор) перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии | Да/Нет |
| 29. | Выполнен анализ мочи общий перед каждым курсом полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 30. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 31. | Отсутствие гнойно-септических осложнений                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |

3.2.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при нефробластоме (коды по МКБ-10: C64; C65; C68)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)                                                                                | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)                                                                                                           | Да/Нет |
| 5.  | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 6.  | Выполнена реносцинтиграфия (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 7.  | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)                                                         | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 7 - 14 дня от момента завершения предоперационной полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                               | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 10. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)                                                  | Да/Нет |
| 11. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки                                                                                              | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену                                                                           | Да/Нет |
| 13. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 2 или 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)                                                     | Да/Нет |
| 14. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии)                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 15. | Выполнена повторная реносцинтиграфия (перед хирургическим вмешательством)                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 16. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография с внутривенным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 17. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в месяц                                                                                                                | Да/Нет |
| 18. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 19. | Выполнено определение клиренса креатинина (перед хирургическим вмешательством)                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 20. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 дня от                                                                                                                                                                   | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                            |        |
| 21. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при полихимиотерапии)                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 22. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 23. | Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю (при проведении полихимиотерапии)                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 24. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 25. | Отсутствие гнойно-септических осложнений                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |

3.2.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных и доброкачественных новообразованиях мозговых оболочек, головного мозга и других отделов центральной нервной системы (коды по МКБ-10: [C70](#) - [C72](#); [C75.1](#) - [C75.5](#); [C75.8](#); [C75.9](#); [D32](#); [D33](#); [D35.2](#) - [D35.4](#); [D35.7](#) - [D35.9](#); [D42](#); [D43](#); [D44.3](#) - [D44.7](#); [D44.9](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-нейрохирургом при установлении диагноза                                                                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена консультация врачом-неврологом и врачом-офтальмологом при установлении диагноза                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена консультация врачом-офтальмологом при установлении диагноза                                                                                                                        |                   |
| 4.    | Выполнена консультация врачом-детским эндокринологом при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза                 | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или спинного мозга с контрастированием при установлении диагноза                                                                 | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием при установлении диагноза                                                                                 | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур (при установлении диагноза) | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                             |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 8.  | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза                                                        | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено исследование альфа-фетопротеина в спинномозговой жидкости при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза (в случае отсутствия внутричерепной гипертензии)                | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина в спинномозговой жидкости при опухолях пинеальной области и/или хиазмально-селлярной области и/или подкорковых структур при установлении диагноза в случае отсутствия внутричерепной гипертензии | Да/Нет |
| 11. | Выполнено использование операционного микроскопа при удалении опухоли головного и спинного мозга                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 12. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)                                                                                     | Да/Нет |
| 13. | Выполнено цитологическое исследование спинномозговой жидкости на наличие опухолевых клеток не ранее 10 дня и не позднее 21 дня от момента хирургического лечения (при хирургическом вмешательстве)                                                          | Да/Нет |
| 14. | Выполнено морфологическое исследование опухолевой ткани до момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                | Да/Нет |
| 15. | Выполнено морфологическое (гистологическое) и иммуногистохимическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                         | Да/Нет |
| 16. | Выполнена повторная компьютерная томография головного мозга не позднее 24 часов от момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)                                                                                        | Да/Нет |
| 17. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография головного мозга и/или спинного мозга с контрастированием не позднее 72 часов от момента завершения хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)                                       | Да/Нет |
| 18. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)                                                                              | Да/Нет |
| 19. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену                                                                                                       | Да/Нет |
| 20. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки                                                                                                                          | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 21. | Выполнено введение химиотерапевтических препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)                                                                                                         | Да/Нет |
| 22. | Выполнен следующий курс полихимиотерапии не позднее 14 или 21 или 28 или 42 дней (в зависимости от схемы полихимиотерапии) от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)   | Да/Нет |
| 23. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-неврологом перед началом каждого курса полихимиотерапии                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 24. | Выполнена консультация врачом-неврологом перед началом каждого курса полихимиотерапии                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 25. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом перед началом каждого курса полихимиотерапии                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 26. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом перед началом лучевой терапии                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 27. | Выполнена консультация/осмотр врачом-неврологом перед началом лучевой терапии                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 28. | Выполнена консультация/осмотр врачом-офтальмологом перед началом лучевой терапии                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 29. | Выполнена лучевая терапия или лучевая терапия с химиотерапией не позднее 21 - 28 дней от момента хирургического вмешательства или начала предшествовавшего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 30. | Выполнена аудиометрия после лучевой терапии и/или 4 курса полихимиотерапии                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 31. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного и/или спинного мозга с внутривенным контрастированием после 2 и 4 и 6 и 8 курсов полихимиотерапии и не ранее 4 недель и не позднее 6 недель после окончания лучевой терапии                                 | Да/Нет |
| 32. | Выполнена компьютерная томография головного мозга при лучевой терапии                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 33. | Выполнено исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови после каждого курса полихимиотерапии и через 1 месяц после окончания лучевой терапии (при повышенном уровне на этапе диагностики)                                                            | Да/Нет |

3.2.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей других и неуточненных локализаций, а также других типов соединительной и мягких тканей (коды по МКБ-10: C40; C41; C49)

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

|     |                                                                                                                                                                                                            |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1.  | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 2.  | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)                                                                 | Да/Нет |
| 3.  | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием пораженной кости и смежных суставов (при установлении диагноза)                                                                 | Да/Нет |
| 4.  | Выполнено ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)                        | Да/Нет |
| 5.  | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                       | Да/Нет |
| 6.  | Выполнена компьютерная томография пораженной кости и двух смежных суставов (при установлении диагноза остеосаркома или саркома Юинга)                                                                      | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена радиоизотопная диагностика костей (при установлении диагноза остеосаркома)                                                                                                                       | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено радиоизотопное исследование костей скелета и мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (при установлении диагноза саркома Юинга или саркома мягких тканей)                  | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и/или мягких тканей (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена рентгенография зоны первичного опухолевого очага в двух проекциях (фронтальной и боковой) с масштабной разметкой (при установлении диагноза остеосаркома или саркома Юинга)                      | Да/Нет |
| 11. | Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза)                                                                                                  | Да/Нет |
| 12. | Выполнена реносцинтиграфия (при установлении диагноза остеосаркома)                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 13. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)                                    | Да/Нет |
| 14. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)                             | Да/Нет |
| 15. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки                                                                         | Да/Нет |
| 16. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от                                                                                                                                              | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену                                                                                                                                         |        |
| 17. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 - 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                             | Да/Нет |
| 18. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)                                                           | Да/Нет |
| 19. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии)                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 20. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии при саркоме Юинга или саркоме мягких тканей)                                                                                  | Да/Нет |
| 21. | Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей (перед выполнением хирургического вмешательства при остеосаркоме)                                                                                                         | Да/Нет |
| 22. | Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (перед выполнением хирургического вмешательства при саркоме Юинга или саркоме мягких тканей)             | Да/Нет |
| 23. | Выполнено повторное радиоизотопное исследование костей скелета и/или мягких тканей и/или магнитно-резонансная томография всего тела не реже 1 раза в 6 месяцев (при метастатическом поражении костей и/или мягких тканей)       | Да/Нет |
| 24. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и/или мягких тканей (перед выполнением хирургического вмешательства) | Да/Нет |
| 25. | Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (перед началом каждого курса полихимиотерапии при метастатическом поражении костного мозга)                                             | Да/Нет |
| 26. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография зоны первичного опухолевого очага (перед выполнением хирургического вмешательства)                                                                                          | Да/Нет |
| 27. | Выполнено морфологическое исследование краев резекции кости (до момента завершения хирургического вмешательства)                                                                                                                | Да/Нет |
| 28. | Выполнено морфологическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 29. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в 2 месяца                                     | Да/Нет |
| 30. | Выполнена повторная рентгенография пораженной кости и двух                                                                                                                                                                      | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | смежных суставов в двух проекциях (фронтальной и боковой) с масштабной разметкой не реже 1 раза в 2 месяца и не позднее 10 суток после хирургического вмешательства (при остеосаркоме или саркоме Юинга)                                                                                                                                                                                |        |
| 31. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография зоны первичного опухолевого очага с внутривенным контрастированием после завершения 2 курсов предоперационной полихимиотерапии и перед выполнением хирургического вмешательства и после завершения 2 курсов послеоперационной полихимиотерапии и далее не реже 1 раза в 2 месяца до достижения ремиссии (при саркоме мягких тканей) | Да/Нет |
| 32. | Выполнено ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и регионарных лимфатических узлов и брюшной полости и забрюшинного пространства не реже 1 раза в 2 месяца                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 33. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца при отсутствии метастатического поражения органов грудной клетки и не реже 1 раза в 1 месяц при метастатическом поражении органов грудной клетки                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 34. | Выполнена повторная реносцинтиграфия (перед первым введением лекарственного препарата антагониста фолиевой кислоты из группы антиметаболитов)                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 35. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 36. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии                        | Да/Нет |
| 37. | Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии или лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии или лучевой терапии                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 38. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 39. | Отсутствие гнойно-септических осложнений                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |

3.2.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при злокачественном новообразовании носоглотки (код по МКБ-10: C11)

| N п/п | Критерии качества                                             | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен врачом-детским онкологом (при установлении диагноза) | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                        |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2.  | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (при установлении диагноза)                                                                                                                          | Да/Нет |
| 3.  | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием носоглотки и околоносовых пазух и основания черепа (при установлении диагноза)                                              | Да/Нет |
| 4.  | Выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей шеи (при установлении диагноза)                                                                                                                    | Да/Нет |
| 5.  | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                   | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено эндоскопическое исследование носоглотки (при установлении диагноза)                                                                                                                          | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей (при установлении диагноза)                                                                                                                | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и мягких тканей (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна - Барра (Epstein - Barr virus) в крови (при установлении диагноза)                                                             | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза)                                                                                              | Да/Нет |
| 11. | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)                                                             | Да/Нет |
| 12. | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь (при установлении диагноза)                                | Да/Нет |
| 13. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)                         | Да/Нет |
| 14. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки                                                                     | Да/Нет |
| 15. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену                                                  | Да/Нет |
| 16. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 - 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)    | Да/Нет |
| 17. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных                                                                                                                                                  | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)                                                                                                                         |        |
| 18. | Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга)                                                     | Да/Нет |
| 19. | Проведена лучевая терапия на область первичного очага и регионарных лимфатических узлов (при их метастатическом поражении) после 4 курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 20. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед каждым курсом полихимиотерапии)                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 21. | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (перед каждым курсом полихимиотерапии)                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 22. | Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга)                                                     | Да/Нет |
| 23. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом перед каждым курсом лучевой терапии                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 24. | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом (перед каждым курсом лучевой терапии)                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 25. | Выполнена повторная радиоизотопная диагностика костей и мягких тканей после 4 и 8 курсов полихимиотерапии                                                                                                                               | Да/Нет |
| 26. | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография зон, накапливающих радиофармпрепарат по данным радиоизотопного исследования костей и мягких тканей                                                              | Да/Нет |
| 27. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием носоглотки и околоносовых пазух и основания черепа (после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц после завершения лучевой терапии)         | Да/Нет |
| 28. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование мягких тканей шеи перед началом каждого курса полихимиотерапии                                                                                                                          | Да/Нет |
| 29. | Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 30. | Выполнено повторное эндоскопическое исследование носоглотки после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц после завершения лучевой терапии                                                                                       | Да/Нет |
| 31. | Выполнено определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна - Барра (Epstein - Barr virus) в крови после 2 и 4 и 8 курса полихимиотерапии и через месяц после завершения лучевой терапии                                    | Да/Нет |
| 32. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы (перед началом каждого курса                                                                                                                    | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)                                                                                                                                                                                                                                                |        |
| 33. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) (перед началом каждого курса полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии) | Да/Нет |
| 34. | Выполнен анализ мочи общий (перед началом каждого курса полихимиотерапии и лучевой терапии и не реже 1 раза в неделю при проведении лучевой терапии или полихимиотерапии)                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 35. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при фебрильной нейтропении)                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 36. | Отсутствие гнойно-септических осложнений                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |

3.2.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при нейробластоме (коды по МКБ-10: [C47.3](#); [C47.4](#); [C47.5](#); [C47.6](#); [C47.8](#); [C47.9](#); [C48.0](#); [C74.0](#); [C74.1](#); [C74.9](#); [C76.0](#); [C76.1](#); [C76.2](#); [C76.7](#); [C76.8](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (при установлении диагноза)                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено морфологическое исследование ткани первичной опухоли и/или очагов, подозрительных на метастатические (при установлении диагноза)                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и зоны первичного опухолевого очага (при установлении диагноза)                                                | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и/или компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена радиоизотопная диагностика костей и/или магнитно-резонансная томография всего тела (при установлении диагноза)                                                                                 | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена радиоизотопная диагностика с <sup>123</sup> -йод-метайодбензилгуанидином (при установлении диагноза)                                                                                           | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек (при установлении диагноза)                                                                                                | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнен просмотр/пересмотр гистологических препаратов врачом-патологоанатомом в медицинской организации, оказывающей                                                                                    | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                             |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | онкологическую помощь (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                           |        |
| 10. | Выполнена имплантация венозной порт-системы или установка центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену (перед началом первого курса полихимиотерапии)                                              | Да/Нет |
| 11. | Выполнено удаление центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену не позднее 6 месяцев от момента установки                                                                                          | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография грудной клетки не позднее 2 часов от момента установки центрального венозного катетера, введенного через периферическую вену                                                                       | Да/Нет |
| 13. | Проведен следующий курс полихимиотерапии не позднее 21 - 28 дней от момента начала предыдущего курса полихимиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                         | Да/Нет |
| 14. | Выполнено повторное морфологическое исследование пунктатов костного мозга из трех точек перед началом каждого курса полихимиотерапии (при метастатическом поражении костного мозга)                                         | Да/Нет |
| 15. | Выполнена повторная радиоизотопная диагностика с <sup>123</sup> -йод-метайодбензилгуанидином не реже 1 раза в 6 месяцев                                                                                                     | Да/Нет |
| 16. | Выполнено введение химиотерапевтических лекарственных препаратов на фоне инфузионной терапии из расчета 3 л/м <sup>2</sup> /сутки (при внутривенной полихимиотерапии)                                                       | Да/Нет |
| 17. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом (перед началом каждого курса полихимиотерапии)                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 18. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии)                                                                                                                          | Да/Нет |
| 19. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование зоны первичного опухолевого очага и органов брюшной полости и забрюшинного пространства (перед хирургическим вмешательством)                                                | Да/Нет |
| 20. | Выполнена повторная магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием зоны первичного опухолевого очага и/или компьютерная томография зоны первичного опухолевого очага (перед хирургическим вмешательством) | Да/Нет |
| 21. | Выполнен осмотр врачом-детским онкологом и врачом-радиологом (перед каждым курсом лучевой терапии)                                                                                                                          | Да/Нет |
| 22. | Выполнена повторная компьютерная томография органов грудной клетки не реже 1 раза в 2 месяца                                                                                                                                | Да/Нет |
| 23. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии                              | Да/Нет |
| 24. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический                                                                                                                                                                     | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | (мочевина, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа, натрий, калий, хлор) перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии |        |
| 25. | Выполнен анализ мочи общий перед началом каждого курса полихимиотерапии и не реже 1 раза в неделю при проведении полихимиотерапии                                                                                                                                | Да/Нет |
| 26. | Выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов (при фебрильной нейтропении)                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 27. | Отсутствие гнойно-септических осложнений                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |

3.2.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром лимфобластном лейкозе (код по МКБ-10: [C91.0](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                              | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена пункция костного мозга (при установлении диагноза)                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга (подсчет формулы костного мозга) и цитохимическое исследование препарата костного мозга (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено иммунофенотипирование бластных клеток костного мозга с помощью проточной цитометрии (при установлении диагноза)                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено цитогенетическое исследование и/или молекулярно-генетическое исследование бластных клеток костного мозга (при установлении диагноза)                                 | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена спинномозговая пункция (при установлении диагноза)                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено исследование спинномозговой жидкости (определение цитоза, белка, глюкозы, цитологическое исследование) (при установлении диагноза)                                   | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                    | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при установлении диагноза)                | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена компьютерная томография головы и/или магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза в случае наличия неврологической симптоматики)       | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнена повторная пункция костного мозга на 15 день индукционной терапии и не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии                                          | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнено цитологическое исследование мазка костного мозга                                                                                                                     | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | (подсчет формулы костного мозга) на 15 день индукционной терапии и не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии                                                                                                                                     |        |
| 12. | Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки не позднее 40 дня от момента начала индукционной терапии (при наличии инициального поражения средостения)                                                                                             | Да/Нет |
| 13. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом лейкоцитарной формулы не реже 1 раза в 7 дней (при поддерживающей терапии)                                                                                                                    | Да/Нет |
| 14. | Выполнена коррекция доз лекарственных препаратов из группы антиметаболитов, антагонистов пуринов и фолиевой кислоты в зависимости от количества лейкоцитов в общем (клиническом) анализе крови развернутом не реже 1 раза в 7 дней (при поддерживающей терапии) | Да/Нет |
| 15. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин, глюкоза) не реже 1 раза в 3 месяца (при поддерживающей терапии)                      | Да/Нет |
| 16. | Выполнена консультация врачом-гематологом в медицинской организации, оказывающей онкогематологическую помощь (при наличии медицинских показаний к трансплантации костного мозга)                                                                                | Да/Нет |

3.2.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании бронхов и легкого (код по МКБ-10: [C34](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена бронхоскопия (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена биопсия опухоли и/или бронхоскопический лаваж с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 7.  | Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или иммунотерапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или иммунотерапии и/или лучевой терапии) | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 9.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или лучевой терапии и/или таргетной терапии и/или иммунотерапии                                                    | Да/Нет |
| 10. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием и/или компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием (при установлении диагноза)                          | Да/Нет |
| 11. | Выполнено радиоизотопное исследование скелета (при установлении диагноза)                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 12. | Выполнено ультразвуковое исследование шейных и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)                                                                                                                    | Да/Нет |

3.2.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании трахеи (код по МКБ-10: [C33](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена трахеобронхоскопия (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование шейных и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена биопсия опухоли с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                        |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 8.  | Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии) | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                        | Да/Нет |
| 10. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                | Да/Нет |

3.2.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании молочной железы (код по МКБ-10: C50)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена билатеральная маммография и/или магнитно-резонансная томография молочных желез (при установлении диагноза)                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование аксиллярных и надключичных и подключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим морфологическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                                               | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено иммуногистохимическое исследование биоптата с определением рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона и HER2neu и Ki-67 (при установлении диагноза)                                                                                      | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей с определением рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона и HER2neu и Ki-                                                                            | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                  |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | 67 (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                                                                             |        |
| 10. | Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена адъювантная химиотерапия и/или таргетная терапия и/или гормонотерапия не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)         | Да/Нет |
| 12. | Выполнена адъювантная лучевая терапия не позднее 40 дней от момента хирургического вмешательства и/или окончания курса химиотерапии (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                | Да/Нет |
| 13. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 14. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                          | Да/Нет |
| 15. | Проведена гормонотерапия (при наличии рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона в опухоли и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                   | Да/Нет |

3.2.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании пищевода (код по МКБ-10: C15)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена рентгенография пищевода (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена эзофагоскопия (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена биопсия опухоли пищевода с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено ультразвуковое исследование шейных и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена предоперационная химиотерапия или химиолучевая терапия при IIB - III стадии (при отсутствии медицинских                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                            |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | противопоказаний)                                                                                                                                                          |        |
| 8.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                            | Да/Нет |
| 10. | Выполнена химиотерапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или лучевой терапии)                                     | Да/Нет |
| 11. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                            | Да/Нет |
| 12. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или лучевой терапии                                            | Да/Нет |

3.2.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании желудка (код по МКБ-10: C16)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена рентгенография желудка при распространении опухоли на пищевод (при установлении диагноза)                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена биопсия опухоли желудка с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)                                                     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ультразвуковое исследование шейных и надключичных лимфатических узлов (при установлении диагноза)                                                                               |                   |
| 6.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                           | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                        |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 9.  | Выполнено хирургическое вмешательство при стадии с T1-4NxM0                                                                            | Да/Нет |
| 10. | Выполнена лимфаденэктомия уровня D2 при стадии с T2-4NxM0                                                                              | Да/Нет |
| 11. | Выполнена химиотерапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или лучевой терапии) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                        | Да/Нет |
| 13. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или лучевой терапии        | Да/Нет |

3.2.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании ободочной кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки (коды по МКБ-10: C18; C19; C20)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена колоноскопия тотальная или ирригоскопия при невозможности выполнения тотальной колоноскопии или компьютерно-томографическая колоноскопия при невозможности выполнения тотальной колоноскопии (при установлении диагноза)                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена ректороманоскопия при раке прямой кишки или ректосигмоидного отдела (при установлении диагноза)                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена биопсия опухоли толстой и/или прямой кишки при проведении колоноскопии и/или ректороманоскопии с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено исследование уровня СА-19-9 и раково-эмбрионального антигена в крови (при установлении диагноза)                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                  |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 9.  | Выполнено определение генов RAS (при метастатической болезни)                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                  | Да/Нет |
| 11. | Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии) | Да/Нет |
| 12. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 13. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                          | Да/Нет |
| 14. | Начат первый курс химиотерапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                     | Да/Нет |
| 15. | Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и отсутствии медицинских противопоказаний)                                     | Да/Нет |

3.2.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании яичника (код по МКБ-10: [C56](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА-125 в крови (при установлении диагноза)                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена колоноскопия (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено ультразвуковое исследование молочных желез у женщин                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | моложе 40 лет (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                      |        |
| 8.  | Выполнена маммография у женщин 40 лет и старше (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала (при установлении диагноза)                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 10. | Выполнено цитологическое исследование жидкости из брюшной полости при наличии (при установлении диагноза)                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 11. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                     | Да/Нет |
| 12. | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                | Да/Нет |
| 13. | Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)               | Да/Нет |
| 14. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 15. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                                        | Да/Нет |
| 16. | Выполнена адъювантная химиотерапия и/или таргетная терапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                            | Да/Нет |
| 17. | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии и/или гормонотерапии не позднее 60 дней от момента выявления прогрессирования или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.2.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании тела матки (код по МКБ-10: C54)

| N п/п | Критерии качества                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование уровня антигена аденогенных раков СА-125 в крови (при установлении диагноза)             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала (при установлении диагноза)   |                   |
| 3.    | Выполнено морфологическое исследование ткани эндометрия, полученной при отдельном диагностическом выскабливании | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | полости матки и цервикального канала и/или при аспирационной биопсии эндометрия (при установлении диагноза)                                                                                                                                             |        |
| 4.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет |
| 6.  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет |
| 7.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                         | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                        | Да/Нет |
| 10. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 11. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                                                 | Да/Нет |
| 12. | Выполнена адъювантная лучевая терапия и/или химиотерапия не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                       | Да/Нет |
| 13. | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии и/или гормонотерапии не позднее 60 дней от момента выявления прогрессирующей или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)           | Да/Нет |

3.2.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании шейки матки (код по МКБ-10: C53)

| N п/п | Критерии качества                                  | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена биопсия шейки матки и/или цитологическое | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | исследование мазков с шейки матки и цервикального канала (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                    |        |
| 2.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 3.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет |
| 4.  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет |
| 5.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                         | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                        | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 9.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                                                 | Да/Нет |
| 10. | Выполнена адъювантная лучевая терапия и/или химиотерапия не позднее 21 дня от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                        | Да/Нет |
| 11. | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 60 дней от момента выявления прогрессирования или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                               | Да/Нет |

3.2.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании предстательной железы (код по МКБ-10: C61)

| N п/п | Критерии качества                                             | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено определение уровня простатспецифического антигена в | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | сыворотке крови (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                             |        |
| 2.  | Выполнено трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы (при установлении диагноза)                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 3.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет |
| 4.  | Выполнена биопсия опухоли предстательной железы с последующим морфологическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 5.  | Выполнена гистопатологическая градация по шкале Глисона при аденокарциноме (при установлении диагноза)                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 6.  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 10. | Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                        | Да/Нет |
| 11. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 12. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                                                 | Да/Нет |
| 13. | Начата гормонотерапия и/или первый курс химиотерапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                      | Да/Нет |
| 14. | Выполнено определение уровня тестостерона в крови (при установлении диагноза кастрационно рефрактерного рака)                                                                                                                                           | Да/Нет |

3.2.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественной меланоме и других злокачественных новообразованиях кожи (код по МКБ-10: C43)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов (при установлении диагноза)                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен отступ не менее 1 см и не более 3 см при первичной инвазивной меланоме кожи (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена химиотерапия и/или иммунотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или иммунотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                          | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или иммунотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                             | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнена адъювантная таргетная терапия и/или иммунная терапия и/или химиотерапия не позднее 60 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                              | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием при впервые выявленной IV стадии не позднее 30 дней от момента установления диагноза метастатической меланомы (при отсутствии медицинских противопоказаний)  | Да/Нет            |
| 12.   | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии и/или иммунотерапии не позднее 30 дней от момента выявления прогрессирующей или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)            | Да/Нет            |

3.2.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при других

злокачественных новообразований кожи (код по МКБ-10: C44)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов при стадии T3 - T4 (при установлении диагноза)                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки при стадии T3 - T4 (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости при стадии T3 - T4 (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                                                                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 9.    | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления прогрессирования или метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                  | Да/Нет            |

3.2.22. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях основания языка, миндалина, ротоглотки, носоглотки, гортани, гортани (коды по МКБ-10: C01; C09 - C13; C32)

| N п/п | Критерии качества                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена фиброскопия верхних дыхательных путей (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных                      | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | лимфоузлов с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                                                                          |        |
| 3.  | Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)                                                                                                                     | Да/Нет |
| 4.  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет |
| 7.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                         | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                                                                  | Да/Нет |
| 10. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 11. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                                                 | Да/Нет |
| 12. | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                    | Да/Нет |
| 13. | Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                | Да/Нет |
| 14. | Выполнена лучевая терапия с химиотерапией и/или таргетной терапией при стадии T3 - T4 (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                     | Да/Нет |

3.2.23. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях других и неуточненных частей языка, десны, дна полости рта, неба, других и неуточненных отделов рта (коды по МКБ-10: C02 - C06)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                                                                  | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                                                 | Да/Нет            |
| 11.   | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                    | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                            |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний) |        |
| 13. | Выполнена лучевая терапия с химиотерапией и/или таргетной терапией при стадии T3 - T4 (при отсутствии медицинских противопоказаний)                        | Да/Нет |

3.2.24. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях околоушной слюнной железы, других и неуточненных больших слюнных желез (коды по МКБ-10: C07; C08)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим цитологическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез и/или компьютерная томография лицевого скелета и/или магнитно-резонансная томография основания черепа (при установлении диагноза)                                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                                                                  | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                                          |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 10. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 11. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                  | Да/Нет |
| 12. | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                     | Да/Нет |
| 13. | Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.2.25. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях полости носа и среднего уха, придаточных пазух (коды по МКБ-10: C30; C31)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена фиброскопия верхних дыхательных путей (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных лимфоузлов с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование шеи и/или компьютерная томография верхних дыхательных путей и шеи (при установлении диагноза)                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена компьютерная томография околоносовых пазух и основания черепа (при установлении диагноза)                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских                                                                                                | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                          |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | противопоказаний)                                                                                                                                                                                                        |        |
| 9.  | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                          | Да/Нет |
| 10. | Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии)                                   | Да/Нет |
| 11. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 12. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                                  | Да/Нет |
| 13. | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                     | Да/Нет |
| 14. | Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Выполнена лучевая терапия с химиотерапией и/или таргетной терапией при стадии T3 - T4 (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                      | Да/Нет |

3.2.26. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании щитовидной железы (код по МКБ-10: [C73](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови (при установлении диагноза)                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня кальцитонина в сыворотке крови при медуллярном раке (при установлении диагноза)                          | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня тиреоглобулина в сыворотке крови (при установлении диагноза)                                             | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы и шеи (при установлении диагноза)                                              | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы с последующим цитологическим исследованием (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)       | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 7.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет |
| 9.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                              | Да/Нет |
| 10. | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 11. | Выполнена заместительная гормональная терапия после хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                          | Да/Нет |
| 12. | Выполнена химиотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия и/или радиойодтерапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии и/или радиойодтерапии)                      | Да/Нет |
| 13. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 14. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии и/или радиойодтерапии                                                                           | Да/Нет |
| 15. | Начат первый курс химиотерапии и/или таргетной терапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                    | Да/Нет |

3.2.27. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании поджелудочной железы (код по МКБ-10: C25)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                         | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                  |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3.  | Выполнено исследование уровня СА-19-9 и раково-эмбрионального антигена в крови (при установлении диагноза)                                                                                       | Да/Нет |
| 4.  | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при установлении диагноза)                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 5.  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                 |        |
| 6.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                       | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                  | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена химиотерапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или лучевой терапии)                                                           | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                  | Да/Нет |
| 10. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или лучевой терапии                                                                  | Да/Нет |
| 11. | Начат первый курс химиотерапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                     | Да/Нет |
| 12. | Выполнен первый курс адъювантной химиотерапии не позднее 90 дней от момента хирургического вмешательства (при проведении адъювантной химиотерапии и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.2.28. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании почки и почечных лоханок (коды по МКБ-10: [C64](#); [C65](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                                                                          | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства, компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза) | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                               | Да/Нет |
| 4. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                     | Да/Нет |
| 5. | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препаратов удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                               | Да/Нет |
| 6. | Выполнена химиотерапия и/или иммунотерапия и/или таргетная терапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или иммунотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 8. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или иммунотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии                                                    | Да/Нет |
| 9. | Начата таргетная терапия и/или иммунотерапия и/или первый курс химиотерапии не позднее 60 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)      | Да/Нет |

3.2.29. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании мочевого пузыря (код по МКБ-10: C67)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена уретроцистоскопия (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки (при установлении диагноза)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства и/или компьютерная томография органов брюшной полости и/или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза и/или компьютерная томография органов малого таза и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза (при установлении диагноза)                                                       | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 6.  | Выполнена биопсия опухоли с последующим морфологическим исследованием (при установлении диагноза)                                                                              | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено цитологическое исследование мочи при невозможности проведения биопсии (при установлении диагноза)                                                                    | Да/Нет |
| 8.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами при хирургическом вмешательстве (при отсутствии медицинских противопоказаний)     | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препаратов удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                               | Да/Нет |
| 10. | Выполнена химиотерапия и/или иммунотерапия и/или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или иммунотерапии и/или лучевой терапии) | Да/Нет |
| 11. | Выполнена дозиметрическая верификация рассчитанного плана (при лучевой терапии)                                                                                                | Да/Нет |
| 12. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не более чем за 5 дней до начала курса химиотерапии и/или иммунотерапии и/или лучевой терапии                            | Да/Нет |
| 13. | Начат первый курс химиотерапии не позднее 30 дней от момента выявления метастатической болезни (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)   | Да/Нет |
| 14. | Выполнено неoadъювантная химиотерапия при стадии T3 - T4a с использованием гемцитабина и цисплатина (при отсутствии медицинских противопоказаний)                              | Да/Нет |

3.3. Критерии качества при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм

3.3.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при железодефицитной анемии (коды по МКБ-10: D50)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                    | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов, среднего объема эритроцитов, среднего содержания гемоглобина в эритроците, средней концентрации гемоглобина в эритроците, анизоцитоза эритроцитов | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (концентрация сывороточного железа, общая железосвязывающая способность сыворотки, насыщение трансферрина железом, концентрация сывороточного ферритина)                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено лечение солевыми двухвалентными препаратами железа или гидроксидполимальтозным комплексом трехвалентного железа                                                                                                            | Да/Нет            |

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

3.3.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при витамин-В12-дефицитной анемии и фолиеводефицитной анемии (коды по МКБ-10: D51; D52)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов, среднего объема эритроцитов, ширины распределения эритроцитов по объему, среднего содержания гемоглобина в эритроцитах, средней концентрации гемоглобина в эритроцитах, анизоцитоза эритроцитов           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, лактатдегидрогеназа, концентрация сывороточного ферритина, концентрация сывороточного железа)                                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено определение уровня витамина В12 в крови                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение уровня фолиевой кислоты в крови                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия лекарственными препаратами витамина В12 или фолиевой кислоты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов, среднего объема эритроцитов, ширины распределения эритроцитов по объему, среднего содержания гемоглобина в эритроцитах, средней концентрации гемоглобина в эритроцитах, анизоцитоза эритроцитов | Да/Нет            |

3.3.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гемолитико-уремическом синдроме (код по МКБ-10: D59.3)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ мочи общий (при отсутствии анурии)                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, лактатдегидрогеназа, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, натрий, калий, хлориды, фосфор, общий кальций) | Да/Нет            |



|    |                                                                                                                                                          |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4. | Выполнен непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса) и/или прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса)                                           | Да/Нет |
| 5. | Выполнено бактериологическое исследование кала и/или серологическое исследование кала для выявления шига-токсин продуцирующей <i>Escherichia coli</i>    | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование уровня комплемента и его фракций в крови (уровня C3 и C4 компонентов комплемента) (при атипичном гемолитико-уремическом синдроме) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена терапия методами диализа (при анурии более 24 часов)                                                                                           | Да/Нет |
| 8. | Выполнена трансфузия эритроцитарной массы при уровне гемоглобина ниже 70 г/л                                                                             | Да/Нет |

3.4. Критерии качества при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ

3.4.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при синдроме Иценко-Кушинга (коды по МКБ-10: [E24](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено два из следующих исследований: определение уровня кортизола в слюне, малая проба с дексаметазоном, исследование уровня кортизола в моче, исследование уровня кортизола в крови | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови или исследование уровня гликированного гемоглобина в крови                                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня адренокортикотропного гормона в крови                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при уровне адренокортикотропного гормона в крови равном или более 10 пг/мл)                                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена компьютерная томография надпочечников или ультразвуковое исследование забрюшинного пространства (при уровне адренокортикотропного гормона в крови меньше 10 пг/мл)             | Да/Нет            |

3.4.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при акромегалии и гипопизарном гигантизме (коды по МКБ-10: [E22.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование уровня инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке крови                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня соматотропного гормона в крови на 0, 30, 60, 90, 120 минутах от начала проведения орального | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                              |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | глюкозотолерантного теста (при отсутствии превышения верхней границы нормы инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке крови более чем в 1,5 раза и при отсутствии декомпенсированного сахарного диабета)                                                  |        |
| 3. | Выполнено исследование уровня соматотропного гормона в крови пятикратно каждые 30 минут (при отсутствии превышения верхней границы нормы инсулиноподобного фактора роста 1 в сыворотке крови более чем в 1,5 раза и при декомпенсированном сахарном диабете) | Да/Нет |
| 4. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга или компьютерная томография головного мозга                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови или исследование уровня гликированного гемоглобина в крови                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 6. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |

3.4.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при сахарном диабете (коды по МКБ-10: E10.2+; E10.3+; E10.4+; E10.5; E10.6; E10.7; E10.8; E10.9; E11.2+; E11.3+; E11.4+; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8; E11.9; E13.2+; E13.3+; E13.4+; E13.5; E13.6; E13.7; E13.8; E13.9)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено измерение гликемии в первые сутки 4 раза, в дальнейшем 1 - 3 раза в сутки                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, мочевины, креатинин, калий, натрий) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий анализ мочи                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено исследование на микроальбуминурию                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено электрокардиографическое исследование                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена оценка вибрационной, тактильной и температурной чувствительности нижних конечностей                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнен осмотр мест инъекций инсулина у пациентов (при проведении инсулинотерапии)                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнен расчет лодыжечно-плечевого индекса                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнен расчет индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина и целевые значения гликемии натощак и через 2 часа                                                                                                                                                          | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | после еды и на ночь                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |
| 12. | Выполнена заместительная интенсифицированная и/или базис-болюсная инсулинотерапия (при сахарном диабете 1 типа, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                     | Да/Нет |
| 13. | Выполнена терапия лекарственными препаратами для лечения сахарного диабета (при сахарном диабете 2 типа, учитывая уровень гликированного гемоглобина в режиме монотерапии или комбинации препаратов в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом, в случае отсутствия консультации на догоспитальном этапе (при диабетической ретинопатии)                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 15. | Выполнено определение степени раневого дефекта по Вагнеру (при синдроме диабетической стопы)                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 16. | Выполнена первичная хирургическая обработка раневого дефекта (при синдроме диабетической стопы с язвой)                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 17. | Выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей (при лодыжечно-плечевом индексе 0,9 и менее)                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 18. | Выполнена рентгенография стоп и голеностопных суставов в прямой и боковой проекциях (при раневом дефекте 3 - 5 степени по Вагнеру)                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 19. | Выполнено бактериологическое исследование тканей раны с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при синдроме диабетической стопы)                                                                                                     | Да/Нет |
| 20. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при подтвержденной бактериальной инфекции раневого дефекта и/или раневом дефекте по Вагнеру 2 степени и выше)                                                                                                            | Да/Нет |
| 21. | Достигнуты индивидуальные целевые значения гликемии натощак и через 2 часа после еды и на ночь                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |

3.4.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при сахарном диабете (коды по МКБ-10: E10.2; E10.3; E10.4; E10.5; E10.6; E10.7; E10.8; E10.9; E11.2; E11.3; E11.4; E11.5; E11.6; E11.7; E11.8; E11.9; E13.2; E13.3; E13.4; E13.5; E13.6; E13.7; E13.8; E13.9)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено измерение гликемии не реже 4 раз в 24 часа ежедневно                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                     |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, мочевины, креатинин, калий, натрий) |        |
| 4.  | Выполнен общий анализ мочи                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено исследование на микроальбуминурию у пациентов детского возраста со стажем диабета от 5 лет, у подростков с диабетом независимо от стажа                   | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено электрокардиографическое исследование                                                                                                                     | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена консультация врачом-офтальмологом                                                                                                                         | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена консультация врачом-неврологом                                                                                                                            | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена заместительная интенсифицированная и/или базис-болюсная помповая инсулинотерапия (при сахарном диабете 1 типа в зависимости от медицинских показаний)     | Да/Нет |
| 10. | Достигнуто улучшение показателей гликемического контроля                                                                                                            | Да/Нет |
| 11. | Обучен(а) в школе диабета                                                                                                                                           | Да/Нет |

3.4.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при сахарном диабете с комой или кетоацидозом (коды по МКБ-10: E10.0; E10.1; E11.0; E11.1; E13.0; E13.1)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-эндокринологом не позднее 6 часов от момента поступления в стационар                                                                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 10 минут от момента поступления в стационар, в дальнейшем не реже 3 - 5 раз в сутки                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                              | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, креатинин, мочевины, лактат, хлориды, бикарбонат) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                        | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ, SB, BB, SO <sub>2</sub> , HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                   | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                           |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 9.  | Выполнен общий анализ мочи не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                          | Да/Нет |
| 10. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, центрального венозного давления, диуреза) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено парентеральное введение декстрозы или глюкагона (при гипогликемической коме и отсутствии медицинских противопоказаний)                                          | Да/Нет |
| 12. | Выполнено парентеральное введение инсулина (при гипергликемической коме)                                                                                                  | Да/Нет |
| 13. | Проведена инфузионная терапия не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                        | Да/Нет |
| 14. | Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                 | Да/Нет |
| 15. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при развитии тяжелой дыхательной недостаточности и оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов)                                       | Да/Нет |
| 16. | Выполнена консультация врачом-неврологом (при коме)                                                                                                                       | Да/Нет |
| 17. | Достигнут уровень глюкозы в крови от 13 до 15 ммоль/л в первые 24 часа от момента поступления в стационар (при гипергликемической коме)                                   | Да/Нет |
| 18. | Достигнуто улучшение сознания по шкале Глазго                                                                                                                             | Да/Нет |

3.4.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при заболеваниях щитовидной железы (коды по МКБ-10: [E02](#); [E03.0](#) - [E03.4](#); [E03.8](#); [E03.9](#); [E04.0](#) - [E04.2](#); [E04.8](#); [E05.0](#); [E05.1](#) - [E05.3](#); [E05.8](#); [E06.3](#); [E06.5](#); [E06.9](#); [E07.1](#); [E89.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                 | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование уровня тиреотропного гормона в крови                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня свободного тироксина (Т4) сыворотки крови                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня свободного трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови (при тиреотоксикозе и снижении уровня тиреотропного гормона в крови ниже референсного интервала)                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение антител к тиреопероксидазе и к тиреоглобулину и к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови (при аутоиммунном тиреоидите и/или при тиреотоксикозе при установлении диагноза однократно) | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 6.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при установлении диагноза подострый тиреоидит)                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы (при отсутствии проведения исследования на догоспитальном этапе и при наличии узлового образования размером 1 см и более по результатам ультразвукового исследования или при наличии ультразвуковых признаков злокачественного узла) | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена сцинтиграфия щитовидной железы (при узловом или многоузловом зобе в сочетании с неиммунным тиреотоксикозом, у пациентов старше 5 лет, на этапе установления диагноза и при отсутствии проведения на догоспитальном этапе)                                                                  | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена электрокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 10. | Выполнена консультация врачом-кардиологом (врачом-детским кардиологом) (при наличии нарушений ритма сердца)                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 11. | Проведена терапия тиреоидными лекарственными препаратами (при гипотиреозе и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 12. | Проведена терапия антитиреоидными лекарственными препаратами и/или радиойодтерапия и/или хирургическое вмешательство (при тиреотоксикозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                      | Да/Нет |
| 13. | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные или группы глюкокортикостероиды (при подостром тиреоидите, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                             | Да/Нет |

3.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при психических расстройствах и расстройствах поведения

3.5.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при шизофрении, шизотипических состояниях и бредовых расстройствах (коды по МКБ-10: F20 - F29)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы психолептики и/или психоаналептики и/или лекарственными препаратами, влияющими на парасимпатическую нервную систему (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Достигнута существенная редукция психотической симптоматики (продуктивной) на момент выписки из стационара                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Достигнуто повышение уровня социального функционирования на                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
|  | момент выписки из стационара |  |
|--|------------------------------|--|

3.5.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при умственной отсталости (коды по МКБ-10: F70 - F79)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование                                                                                                                | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено обследование по методике Векслера или Равена                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы психолептики и/или психоаналептики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Достигнута стойкая редукция поведенческих расстройств на момент выписки из стационара                                                                                         | Да/Нет            |
| 5.    | Достигнуто повышение уровня социального функционирования на момент выписки из стационара                                                                                      | Да/Нет            |

3.5.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при органических, включая симптоматические, психических расстройствах (коды по МКБ-10: F00 - F09)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена электроэнцефалография                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена рентгенография черепа и/или компьютерная томография головы и/или магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза)                                                     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение наличия и уровня лекарственных препаратов и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в моче не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при установлении диагноза) | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы психолептики и/или психоаналептики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                              | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнута стойкая редукция психопатологической симптоматики на момент выписки из стационара                                                                                                               | Да/Нет            |
| 7.    | Достигнуто повышение уровня социального и трудового функционирования на момент выписки из стационара                                                                                                       | Да/Нет            |

3.5.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте (коды по МКБ-10: F60 - F69)



| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование                                                                                                                | Да/Нет            |
| 2.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы психолептики и/или психоаналептики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Достигнута стойкая редукция психопатологической симптоматики на момент выписки из стационара                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Достигнуто восстановление социальной и трудовой адаптации                                                                                                                     | Да/Нет            |

3.5.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при расстройствах настроения [аффективных расстройствах] (коды по МКБ - 10: F30 - F39)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование                                                                                                                | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена оценка депрессивного состояния по шкале Гамильтона и/или Монтромери-Асберг                                                                                          | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена оценка маниакального состояния по шкале Янга                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена оценка суицидального риска не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Начата терапия лекарственными препаратами группы антидепрессанты не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                       | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы психолептики и/или психоаналептики (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 7.    | Достигнута редукция более 50% симптомов по шкалам Гамильтона и/или Монтромери-Асберг и/или Янга на момент выписки из стационара                                               | Да/Нет            |

3.5.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах (коды по МКБ - 10: F40 - F48)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование                                                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена оценка состояния по шкале Гамильтона                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена терапия снотворными и седативными лекарственными препаратами и/или антидепрессантами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских | Да/Нет            |

|    |                                                                                              |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | противопоказаний)                                                                            |        |
| 4. | Достигнута редукция более 50% симптомов по шкалам Гамильтона на момент выписки из стационара | Да/Нет |
| 5. | Достигнута стойкая редукция психопатологической симптоматики на момент выписки из стационара | Да/Нет |

3.5.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при общих расстройствах психологического развития (код по МКБ - 10: [F84](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Проведена терапия ноотропными лекарственными препаратами и группы психостимуляторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Достигнута стойкая редукция поведенческих расстройств на момент выписки из стационара                                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Достигнуто повышение уровня социального функционирования на момент выписки из стационара                                                                                   | Да/Нет            |

3.5.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при умственной отсталости (коды по МКБ - 10: [F70](#) - [F79](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено развернутое клинико-психопатологическое обследование                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено обследование по методике Векслера или Равена                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена терапия ноотропными лекарственными препаратами и группы психостимуляторов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Достигнуто повышение уровня социального функционирования на момент выписки из стационара                                                                                   | Да/Нет            |

3.6. Критерии качества при болезнях нервной системы

3.6.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при синдроме Гийена-Барре (код по МКБ-10: [G61.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                             | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена электронейромиография                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен плазмаферез и/или терапии лекарственными препаратами | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                            |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | группы иммуноглобулинов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)                                                                                         |        |
| 3. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при тяжелой дыхательной недостаточности)                                                                                                        | Да/Нет |
| 4. | Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии с последующей ежедневной коррекцией                    | Да/Нет |
| 5. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) (при тяжелой степени дыхательной недостаточности) | Да/Нет |
| 6. | Отсутствие пролежней в период госпитализации                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                          | Да/Нет |

3.6.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дистонии (код по МКБ-10: G24)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена терапия ботулиническим токсином (под контролем электромиографии при вовлечении мышц гортани, жевательных мышц, глубоких шейных мышц, мышц плечевого пояса, мышц конечностей) и/или хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.6.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при myasthenia gravis и других нарушениях нервно-мышечного синапса (код по МКБ-10: G70)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен тест с введением антихолинэстеразных лекарственных препаратов при установлении диагноза                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена электронейромиография с декремент-тестом                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена оценка тяжести клинических проявлений миастении по количественной шкале QMGS                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антихолинэстеразные и/или группы глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты и/или тимэктомия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен плазмаферез и/или терапия лекарственными препаратами группы иммуноглобулины (при кризе, наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                | Да/Нет            |

3.6.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при детском церебральном параличе (код по МКБ-10: G80)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга при установлении диагноза                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена оценка развития больших моторных функций согласно классификации GMFCS                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы миорелаксанты и/или ботулиническим токсином и/или хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена консультация врачом-офтальмологом и/или врачом-психиатром и/или врачом-травматологом-ортопедом и/или врачом-логопедом                                                                                 | Да/Нет            |

3.6.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при мононевропатиях, поражения нервов корешков и сплетений (коды по МКБ-10: G50; G51; G52; G54; G56; G57; G58; G59)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено электронейромиографическое исследование (при поражении тройничного нерва и/или корешков и сплетений и/или мононевропатии верхней и/или нижней конечности)                                                                 | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена консультация врачом-офтальмологом и/или врачом-оториноларингологом (при краниальных невропатиях)                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга и/или компьютерная томография головы и/или рентгенография черепа (при краниальных невропатиях)                                                                            | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена магнитно-резонансная томография пораженной области и/или спинного мозга на уровне поражения (при поражении корешков и сплетений и/или мононевропатии верхней и/или нижней конечности)                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антихолинэстеразные и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или противосудорожные (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена консультация врачом-нейрохирургом при                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |

|  |                                        |  |
|--|----------------------------------------|--|
|  | неэффективности консервативной терапии |  |
|--|----------------------------------------|--|

3.6.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при рассеянном склерозе (код по МКБ-10: [G35](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка степени тяжести и/или инвалидизации по шкале EDSS (расширенная шкала инвалидизации по Курцке - Expanded Disability Status Scale)                                                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена магнитно-резонансная томография головного и/или спинного мозга с контрастированием                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена консультация врачом-офтальмологом                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммуномодуляторы и/или группы иммунодепрессанты и/или плазмаферез (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.6.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эпилепсии и эпилептическом статусе (коды по МКБ-10: [G40](#); [G41](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при эпилептическом статусе) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом (при эпилептическом статусе/серии эпилептических приступов)      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена электроэнцефалография                                                                                       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при установлении диагноза)                                 | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)     | Да/Нет            |

3.7. Критерии качества при болезнях глаза и его придаточного аппарата

3.7.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при дегенерации макулы и заднего полюса (коды по МКБ - 10: [H35.3](#))

| N п/п | Критерии качества                                            | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                |        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2. | Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях миопии                                                                                                                   | Да/Нет |
| 3. | Выполнено интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и/или лазерная коагуляция и/или физиотерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Достигнута стабилизация или повышение скорректированной остроты зрения на момент выписки из стационара                                                                                         | Да/Нет |

3.7.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при язве роговицы (коды по МКБ - 10: [H16.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биомикроскопия глаза                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено окрашивание роговицы раствором флюоресцеина                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено лечение противомикробными лекарственными препаратами и/или противовирусными лекарственными препаратами и /или противогрибковыми лекарственными препаратами и/или противовоспалительными лекарственными препаратами и/или лекарственными препаратами группы регенеранты и репаратанты и/или противоаллергическими лекарственными препаратами не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии глубокой незаживающей язвы с повреждением 2/3 глубины стромы роговицы и/или десцеметоцеле, перфорации язвы роговицы, набухающей катаракты)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнута эпителизация поверхности роговицы на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |

3.7.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при старческих катарактах и других катарактах (коды по МКБ-10: [H25.1](#); [H25.2](#); [H25.8](#); [H25.9](#); [H26.2](#); [H26.3](#))

| N п/п | Критерии качества                                            | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биомикроскопия глаза                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена офтальмоскопия глазного дна                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен расчет диоптрийности интраокулярной линзы           | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными и/или антимикробными лекарственными препаратами до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                 | Да/Нет |
| 6.  | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы м-холинолитики и/или группы альфа-адреномиметики в течение 1 часа до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                            | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена фактоэмульсификация или экстракапсулярная экстракция катаракты или интракапсулярная экстракция катаракты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                       | Да/Нет |
| 8.  | Проведена антибактериальная терапия и/или терапия лекарственными препаратами группы нестероидные противовоспалительные и/или группы глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 9.  | Достигнута стабилизация или повышение скорректированной остроты зрения на момент выписки из стационара                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 10. | Артифакция глаза на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |

3.7.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при диабетической ретинопатии (код по МКБ-10: H36.0\*)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биомикроскопия глаза                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях мириаза                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена лазерная коагуляция сетчатки и/или интравитреальное введение лекарственных препаратов группы ингибиторов ангиогенеза и/или терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикостероиды и/или группы антиоксиданты и/или антигипоксанты и/или дезагрегенты и/или гемостатики и/или ангиопротекторы и/или проведено хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Достигнута стабилизация или повышение скорректированной остроты зрения на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнута стабилизация или уменьшение клинических симптомов диабетической ретинопатии на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |

3.7.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при глаукоме (коды по



МКБ-10: [H40.0](#); [H40.1](#); [H40.2](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена тонометрия                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование поля зрения                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена офтальмоскопия глазного дна                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена биомикроскопия глаза                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена гониоскопия                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 7.    | Достигнуто купирование острого приступа глаукомы не позднее 48 часов от момента поступления в стационар (при остром приступе закрытоугольной глаукомы)                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы $\beta$ -адреноблокаторы и/или группы ингибиторы карбоангидразы и/или группы м-холиномиметики и/или группы $\alpha_2$ -адреномиметики и/или группы $\alpha$ -адреноблокаторы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 9.    | Достигнута нормализация внутриглазного давления на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |

3.7.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при воспалительных заболеваниях роговицы (коды по МКБ-10: [H16.1](#); [H16.2](#); [H16.3](#); [H16.4](#); [H16.8](#); [H16.9](#); [H19.1\\*](#); [H19.2\\*](#); [H19.3\\*](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                              | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биомикроскопия глаза                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы противомикробные и/или противовирусные и/или противогрибковые и/или противовоспалительные и/или регенеранты и репаранты и/или противоаллергические (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Достигнуто повышение скорректированной остроты зрения и/или эпителизация поверхности роговицы и/или отсутствие отека роговицы и/или резорбция инфильтрата роговицы на момент выписки из стационара                                                                                             | Да/Нет            |

3.7.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при отслойке сетчатки (коды по МКБ-10: [H33.0](#); [H33.2](#); [H33.4](#); [H33.5](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биомикроскопия глаза                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях миопии                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена периметрия                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена лазерная коагуляция сетчатки и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: антибактериальными и/или группы глюкокортикостероиды и/или группы гемостатические средства и/или группы нестероидные противовоспалительные (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 7.    | Достигнуто частичное анатомическое прилегание сетчатки или полное анатомическое прилегание сетчатки и/или ограничение коагулятами зоны отслоенной сетчатки на момент выписки из стационара                                                                                      | Да/Нет            |

3.7.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при другой пролиферативной ретинопатии (ретинопатии недоношенных) (код по МКБ-10: H35.2)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена офтальмоскопия и/или биомикроскопия глазного дна в условиях миопии                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено первичное офтальмологическое обследование с медикаментозным миопином, включающее офтальмоскопию глазного дна и/или биомикроскопию с/без применения ретинальной камеры на 3 - 4 неделе жизни ребенка (31 - 34 неделя постконцептуального возраста) | Да/Нет            |
| 3.    | Проведен мониторинг течения ретинопатии недоношенных в декретированные сроки в зависимости от клинических проявлений РН (еженедельно, раз в две недели)                                                                                                     | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена коагуляция сетчатки не позднее 72 часов от момента установления диагноза (при "пороговой стадии")                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена коагуляция аваскулярной сетчатки (не менее 70% площади аваскулярных зон)                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена офтальмоскопия глазного дна врачом-офтальмологом через 7 - 10 дней после коагуляции сетчатки                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 7.    | Достигнута стабилизация процесса (уменьшение признаков плюс-                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                              |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | болезни, прекращение роста экстраретинальной пролиферации) через 7 - 10 дней после проведенной коагуляции сетчатки                           |        |
| 8. | Проведена оценка эффективности лечения и определение клинических исходов ретинопатии недоношенных через один месяц после коагуляции сетчатки | Да/Нет |

### 3.8. Критерии качества при болезнях уха и сосцевидного отростка

3.8.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при мастоидите (коды по МКБ - 10: [H70](#))

| N п/п | Критерий качества                                                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                                | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен парацентез барабанной перепонки не позднее 3 часов от момента установления диагноза (при отсутствии перфорации барабанной перепонки)                                                              | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из барабанной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из антральной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена тимпанометрия и/или импедансометрия и/или тональная аудиометрия и/или исследование органов слуха с помощью камертона перед выпиской из стационара                                                | Да/Нет            |
| 9.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 10.   | Отсутствие тромботических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                               | Да/Нет            |

3.8.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом синусите и полипе носа (коды по МКБ-10: [J32](#); [J33](#))

| N п/п | Критерии качества                                   | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена рентгенография придаточных пазух носа или | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                             |        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | компьютерная томография придаточных пазух носа в случае отсутствия проведения данных исследований на догоспитальном этапе                                                                                                                                   |        |
| 2. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства в случае хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из придаточной пазухи носа с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при проведении инвазивной манипуляции и/или при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 5. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды в случае хирургического вмешательства при полипозном риносинусите (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                          | Да/Нет |
| 6. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие тромботических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |

3.8.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при смещенной носовой перегородке (код по МКБ-10: J34.2)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена эндоскопия полости носа и/или рентгенография придаточных пазух носа и/или компьютерная томография придаточных пазух носа | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний)                            | Да/Нет            |
| 3.    | Отсутствие кровотечения в послеоперационном периоде                                                                                | Да/Нет            |
| 4.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                   | Да/Нет            |

3.8.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при гипертрофии миндалин, гипертрофии аденоидов, гипертрофии миндалин с гипертрофией аденоидов (коды по МКБ-10: J35.1; J35.2; J35.3)

| N п/п | Критерии качества                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено рентгенологическое исследование носоглотки и/или эндоскопия носоглотки при гипертрофии аденоидов | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы                                              | Да/Нет            |

|    |                                                                                                         |        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | гемостаза)                                                                                              |        |
| 3. | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Отсутствие кровотечения в послеоперационном периоде                                                     | Да/Нет |

3.8.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе костей носа (код по МКБ-10: [S02.2](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена рентгенография костей носа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена репозиция костей носа                                                                 | Да/Нет            |

3.8.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при абсцессе, фурункуле и карбункуле носа (код по МКБ-10: [J34.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее одного часа от момента поступления в стационар                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее трех часов от момента поступления в стационар                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее трех часов от момента установления диагноза                                                              | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                          | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                          | Да/Нет            |

3.8.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хроническом гнойном среднем отите (коды по МКБ-10: [H66.1](#) - [H66.3](#))

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

|    |                                                                                                                                                                                                                               |        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1. | Выполнена отоскопия под увеличением                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 2. | Выполнена тональная аудиометрия и/или исследование органов слуха с помощью камертона                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бактериологическое и микологическое исследование отделяемого из барабанной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии отделяемого)           | Да/Нет |
| 4. | Проведена терапия антибактериальными и/или противогрибковыми лекарственными препаратами (при наличии отделяемого из барабанной полости, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 6. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 24 часов от момента установления диагноза (при лабиринтите, мастоидите, тромбозе сигмовидного синуса, отогенном сепсисе)                                                     | Да/Нет |
| 7. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                         | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие тромботических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                  | Да/Нет |

3.8.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при внезапной идиопатической потере слуха (код по МКБ-10: [H91.2](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена консультация врачом-неврологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена консультация врачом-терапевтом или врачом-педиатром не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена тональная пороговая аудиометрия или тональная пороговая аудиометрия с исследованием порогов дискомфорта при односторонней потере слуха не позднее 18 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена тимпанометрия и акустическая рефлексометрия с регистрацией ипсилатерального и контралатерального рефлексов не позднее 18 часов от момента поступления в стационар                             | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена магнитно-резонансная томография внутренних слуховых путей и мостомозжечковых углов (при одностороннем снижении слуха)                                                                         | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                     |        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 7. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы глюкокортикостероиды (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                              | Да/Нет |
| 8. | Выполнена тональная аудиометрия или тональная пороговая аудиометрия с исследованием порогов дискомфорта при односторонней потере слуха перед выпиской из стационара | Да/Нет |

### 3.9. Критерии качества при болезнях системы кровообращения

3.9.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ - 10: I60 - I63; G45; G46)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена компьютерно-томографическая ангиография и/или магнитно-резонансная ангиография и/или рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии)                                          | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар                                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнен системный внутривенный тромболитический не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                       | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головы) | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния                                                                                                       | Да/Нет            |
| 10.   | Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар                                                                                       | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 11. | Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 13. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 14. | Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 15. | Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 16. | Выполнена профилактика повторных сосудистых нарушений лекарственными препаратами группы антиагреганты при некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта или лекарственными препаратами группы антикоагулянты при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 18. | Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 19. | Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее чем на 1 балл за время пребывания в стационаре                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 20. | Отсутствие пролежней в период госпитализации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 21. | Отсутствие тромбоемболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |

3.9.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи взрослым при нарушениях ритма сердца и проводимости (коды по МКБ - 10: [I44](#) - [I45](#); [I47](#) - [I49](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар              | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (кальций, магний, калий, натрий)               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4. | Проведена электроимпульсная терапия и/или временная/постоянная электрокардиостимуляция и/или проведена терапия антиаритмическими лекарственными препаратами внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

3.9.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме (коды по МКБ - 10: I20.0; I21 - I24)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена (при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) терапия фибринолитическими лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в случае, если терапия фибринолитическими лекарственными препаратами не проведена на догоспитальном этапе) или выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена терапия ингибиторами агрегации тромбоцитов                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия гиполипидемическими препаратами                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено электрокардиографическое исследование до начала тромболитической терапии и через 1 час после окончания (в случае проведения тромболитической терапии)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено электрокардиографическое исследование до начала чрескожного коронарного вмешательства и через 30 минут после его окончания (при чрескожном коронарном вмешательстве)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |

3.9.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением (коды по МКБ - 10: I10 - I13; I15)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                    | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-терапевтом или врачом-кардиологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар (при | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | гипертоническом кризе)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |
| 2.  | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 3.  | Проведена терапия антигипертензивными лекарственными препаратами внутривенно не позднее 15 минут от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 4.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 5.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, калий, натрий)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 6.  | Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 7.  | Выполнен общий (клинический) анализ мочи                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено суточное мониторирование артериального давления                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 10. | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 11. | Выполнено ультразвуковое исследование почек и надпочечников                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 12. | Выполнена консультация врача-офтальмолога                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 13. | Проведена антигипертензивная терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (в режиме монотерапии пациентам низкого и среднего стратификационного риска или в режиме комбинированной терапии пациентам среднего, высокого и очень высокого стратификационного риска, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 14. | Достигнуто снижение артериального давления на 25% от исходных значений не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при гипертоническом кризе)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 15. | Достигнут целевой уровень артериального давления или снижение артериального давления на от 25% до 30% от исходных значений при артериальной гипертонии III стадии на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |

3.9.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при ишемической болезни сердца (коды по МКБ-10: [I20.1](#); [I20.8](#); [I20.9](#); [I25.0](#); [I25.1](#); [I25.2](#); [I25.5](#); [I25.6](#); [I25.8](#); [I25.9](#))

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

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1. | Выполнено электрокардиографическое исследование                                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, креатинкиназа)                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 4. | Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 5. | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 6. | Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 7. | Выполнена коронарография (при неэффективности медикаментозной терапии)                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 8. | Проведена терапия лекарственными препаратами: ацетилсалициловой кислотой и гиполипидемическими и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                    | Да/Нет |
| 9. | Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-адреноблокаторами и/или блокаторами кальциевых каналов и/или нитратами и/или выполнено проведение эндоваскулярных методов лечения (при неэффективности медикаментозной терапии, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.9.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (код по МКБ-10: I50.0)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено электрокардиографическое исследование                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, креатинин, креатинкиназа, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен общий (клинический) анализ мочи                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 8. | Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или бета-адреноблокаторами и/или альдостерона антагонистами и/или "петлевыми" диуретиками (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

3.9.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при левожелудочковой недостаточности (код по МКБ-10: I50.1)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-кардиологом не позднее 5 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено определение уровня тропонинов I, T в крови и/или определение уровня и активности креатинкиназы в крови                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена эхокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: опиоидами и/или нитратами и/или миолитиками и/или "петлевыми" диуретиками и/или адрено- и допаминомиметиками и/или кардиотониками внутривенно не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено ингаляторное введение кислорода (при сатурации менее 95%)                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнена неинвазивная искусственная вентиляция легких (при сатурации менее 90% на фоне ингаляторного введения кислорода и медикаментозной терапии)                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнен общий (клинический) анализ крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (калий, натрий, глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) не позднее 1                                                                                                                                                            | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                     |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | часа от момента поступления в стационар                                                                             |        |
| 13. | Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 14. | Выполнен общий (клинический) анализ мочи не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                       | Да/Нет |

3.9.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при миокардите (коды по МКБ-10: [I40](#); [I41\\*](#); [I51.4](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                              | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена электрокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня тропонинов I, T в крови                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение антител к антигенам миокарда в крови                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена коронарография                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-блокаторами и/или диуретиками и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (при сердечной недостаточности и наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена временная электрокардиостимуляция (при брадикардии и/или блокаде, являющейся триггером желудочковой аритмии, в острую фазу миокардита или панкардита)                                                                                                                                | Да/Нет            |

3.9.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при гипертрофической кардиомиопатии (коды по МКБ-10: [I42.1](#); [I42.2](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-кардиологом                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена электрокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар          | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена эхокардиография                                                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Проведено холтеровское исследование                                                         | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, калий, натрий) | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен анализ крови биохимический с целью определения                                     | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | липидного обмена                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |
| 7. | Проведена терапия лекарственными препаратами: бета-адреноблокаторами и/или блокаторами кальциевых каналов и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или диуретиками (в режиме монотерапии или в режиме комбинированной терапии пациентам, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Выполнена консультация врачом-сердечно-сосудистым хирургом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |

3.9.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эмболии и тромбозе артерий (код по МКБ-10: I74)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено цветное дуплексное сканирование и/или ангиография пораженных сегментов артерий                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено измерение систолического артериального давления и расчет лодыжечно-плечевого индекса на обеих ногах (при тромбозах и эмболиях артерий нижних конечностей)          | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена консультация врачом-кардиологом                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 6 часов от момента эмболии (тромбоза) (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)         | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                   | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                 | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раз в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины) | Да/Нет            |
| 9.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                             | Да/Нет            |

3.9.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при флебите и тромбозе вен (коды по МКБ-10: I80; I82)

| N п/п | Критерии качества                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено цветное дуплексное сканирование вен и/или флебография | Да/Нет            |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2. | Проведена эластическая компрессия нижних конечностей                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 3. | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы гепарины и/или антикоагулянтными средствами непрямого действия (антагонистами витамина К) и/или нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами не позднее четырех часов от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раза в 24 часа в случае применения лекарственных препаратов группы гепарины                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 5. | Выполнено определение международного нормализованного отношения (МНО) не реже 1 раза в 72 часа (при применении антикоагулянтных лекарственных препаратов непрямого действия (антагонистов витамина К))                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 6. | Отсутствие развития легочной эмболии в период госпитализации                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 7. | Достигнуто целевое значение международного нормализованного отношения (МНО) (при применении антикоагулянтных лекарственных препаратов непрямого действия (антагонистов витамина К))                                                                                                                                                                            | Да/Нет |

3.9.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (код по МКБ-10: [I83](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено цветное дуплексное сканирование вен нижних конечностей                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено флебосклерозирующее вмешательство или хирургическое вмешательство и/или консервативное лечение (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена эластическая компрессия нижних конечностей                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Отсутствие кровотечения из варикозных вен в период госпитализации                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие трофических нарушений или регресс трофических нарушений на момент выписки из стационара                                                                                              | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнута ликвидация патологических рефлюксов в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)                                                                                        | Да/Нет            |

3.9.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при закупорке и стенозе прецеребральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга (код по МКБ-10: [I65](#))

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

|     |                                                                                                                                                                                                                  | выполнения |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.  | Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий                                                                                                                              | Да/Нет     |
| 2.  | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                        | Да/Нет     |
| 3.  | Выполнена коронарография                                                                                                                                                                                         | Да/Нет     |
| 4.  | Выполнена консультация врачом-неврологом до хирургического вмешательства                                                                                                                                         | Да/Нет     |
| 5.  | Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                       | Да/Нет     |
| 6.  | Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                         | Да/Нет     |
| 7.  | Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раза в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины)                                    | Да/Нет     |
| 8.  | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                              | Да/Нет     |
| 9.  | Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства и перед выпиской из стационара (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет     |
| 10. | Выполнено исследование времени свертывания крови не позднее 24 часов и повторно не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве)                                    | Да/Нет     |
| 11. | Достигнуто устранение стеноза после хирургического вмешательства по данным дуплексного сканирования в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)                                                    | Да/Нет     |
| 12. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                 | Да/Нет     |
| 13. | Отсутствие тромбоза зоны реконструкции в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                 | Да/Нет     |

3.9.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при атеросклерозе (код по МКБ-10: I70)

| N п/п | Критерии качества                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено электрокардиографическое исследование                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, глюкоза, креатинкиназа) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови по оценке нарушений липидного обмена                                            | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                           |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | биохимический                                                                                                                                                                                                             |        |
| 4.  | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 5.  | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 6.  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена цветное дуплексное сканирование и/или ангиография пораженных сегментов артерий                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в случае отсутствия проведения данного исследования в течение 12 месяцев                                                              | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено измерение систолического артериального давления и расчет лодыжечно-плечевого индекса на обеих ногах (при атеросклерозе артерий нижних конечностей)                                                              | Да/Нет |
| 10. | Проведена терапия ацетилсалициловой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                | Да/Нет |
| 11. | Проведена терапия гиполипидемическими лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                            | Да/Нет |
| 12. | Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы гепарины (при хирургическом вмешательстве и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                  | Да/Нет |
| 14. | Выполнено определение активированного частичного тромбопластинового времени в крови (АЧТВ) не реже 1 раз в 24 часа (при применении лекарственных препаратов группы гепарины)                                              | Да/Нет |
| 15. | Выполнено исследование функции нефронов по клиренсу креатинина после исследования с использованием контрастирующих веществ                                                                                                | Да/Нет |
| 16. | Достигнуто устранение стеноза после хирургического вмешательства по данным дуплексного сканирования в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)                                                             | Да/Нет |
| 17. | Отсутствие тромбоза зоны реконструкции в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                          | Да/Нет |
| 18. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 19. | Отсутствие кровотечения в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве и/или ангиографии)                                                                                                                       | Да/Нет |
| 20. | Отсутствие формирования пульсирующей гематомы в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве и/или ангиографии)                                                                                                 | Да/Нет |

3.9.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при варикозном расширении вен мошонки (код по МКБ-10: [I86.1](#))

| N п/п                                                                                                            | Критерии качества                                                                                                   | Оценка выполнения |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.                                                                                                               | Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки                                                               | Да/Нет            |
| 2.                                                                                                               | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.                                                                                                               | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                             | Да/Нет            |
| 4.                                                                                                               | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                    | Да/Нет            |
| КонсультантПлюс: примечание.<br>Нумерация пунктов в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа. |                                                                                                                     |                   |
| 6.                                                                                                               | Отсутствие рецидива заболевания в период госпитализации                                                             | Да/Нет            |

3.10. Критерии качества при болезнях органов дыхания

3.10.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром эпиглоттите (коды по МКБ - 10: [J05.1](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                        | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-педиатром или врачом-оториноларингологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено парентеральное введение антибактериального лекарственного препарата не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена интубация трахеи (при наличии медицинских показаний)                                                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%)                           | Да/Нет            |

3.10.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром тонзиллите (коды по МКБ - 10: [J03.0](#); [J03.8](#) - [J03.9](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам или экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы пенициллины (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы макролиды или группы цефалоспорины I - II поколения или клиндамицином (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов) | Да/Нет            |

3.10.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром обструктивном ларингите [крупе] (коды по МКБ - 10: J05.0)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-педиатром или врачом-оториноларингологом или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                              | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы ингаляционные глюкокортикостероиды или группы системные глюкокортикостероиды не позднее 30 минут от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов после поступления в стационар                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%)                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |

3.10.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхiolите (коды по МКБ - 10: J21)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-педиатром или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                             |        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | стационар                                                                                                                                                                                   |        |
| 2. | Выполнена пульсоксиметрия не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                            | Да/Нет |
| 3. | Выполнена контрольная пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа или мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) | Да/Нет |
| 4. | Выполнено ингаляционное введение кислорода до достижения сатурации 92% и более (при сатурации менее 92%)                                                                                    | Да/Нет |
| 5. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при сатурации менее 86% на фоне ингаляционного введения кислорода)                                                                               | Да/Нет |
| 6. | Не выполнена терапия лекарственными препаратами группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при отсутствии бронхолегочной дисплазии)                                                         | Да/Нет |

3.10.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром бронхите (коды по МКБ - 10: J20)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции)                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы короткодействующие селективные бета <sub>2</sub> -адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета <sub>2</sub> -адреномиметики и группы холинолитики (при наличии синдрома бронхиальной обструкции, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.10.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при спонтанном пневмотораксе (коды по МКБ - 10: J93.0 - J93.1)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена пункция и/или дренирование плевральной полости не                                                               | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                 |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                              |        |
| 4. | Выполнено хирургическое вмешательство (при неэффективности дренирования плевральной полости в течение 72 часов) | Да/Нет |
| 5. | Выполнена контрольная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях                        | Да/Нет |
| 6. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                         | Да/Нет |
| 8. | Достигнуто расправление легкого на момент выписки из стационара                                                 | Да/Нет |

3.10.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при острой респираторной вирусной инфекции (коды по МКБ - 10: [J00](#); [J02.8](#) - [J02.9](#); [J04](#); [J06](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий анализ мочи (при повышении температуры тела выше 38 °С)                                                                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 С)                                                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена элиминационная терапия (промывание полости носа физиологическим раствором или стерильным раствором морской воды) (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено лечение местными деконгестантами (сосудосуживающие капли в нос) коротким курсом от 48 до 72 часов (при отсутствии медицинских противопоказаний)                | Да/Нет            |

3.10.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при перитонзиллярном абсцессе (коды по МКБ - 10: [J36](#))

| N п/п | Критерий качества                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 3 часов от момента установления диагноза                               | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости абсцесса с определением чувствительности возбудителя к | Да/Нет            |



|    |                                                                                                               |        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | антибактериальным препаратам                                                                                  |        |
| 5. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 6. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                              | Да/Нет |

3.11. Критерии качества при заболеваниях органов пищеварения, в том числе болезнях полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования)

3.11.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при анальной трещине (коды по МКБ - 10: [K60.0](#) - [K60.2](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено трансректальное пальцевое исследование                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена ректороманоскопия или аноскопия или колоноскопия                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена профилометрия или сфинктерометрия                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена консервативная терапия в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера прямой кишки и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнута самостоятельная дефекация на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 9.    | Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |

3.11.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при геморрое или периаанальном венозном тромбозе (коды по МКБ - 10: [K64](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено трансректальное пальцевое исследование                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена ректороманоскопия или аноскопия                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена консервативная терапия и/или малоинвазивное хирургическое вмешательство и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                       |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 5. | Достигнута самостоятельная дефекация на момент выписки из стационара                                                  | Да/Нет |
| 6. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                      | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                               | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                      | Да/Нет |

3.11.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром аппендиците (код по МКБ - 10: [K35](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза                                                                                              | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)                                                                                           | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                    | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                                                                                                | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 9.    | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                       | Да/Нет            |

3.11.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром панкреатите (коды по МКБ - 10: [KK85](#))

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

|     |                                                                                                                                                                                                                                     |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1.  | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 2.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                          | Да/Нет |
| 3.  | Выполнено исследование уровня амилазы в крови и в моче не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                         | Да/Нет |
| 4.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, амилаза, глюкоза, калий) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и/или лапароскопия и/или компьютерная томография органов брюшной полости не позднее 24 часов после поступления в стационар                                            | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено лечение лекарственным препаратом группы соматостатины не позднее 1 часа от момента установления диагноза                                                                                                                  | Да/Нет |
| 7.  | Начато проведение интенсивной консервативной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                            | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено бактериологическое исследование выпота из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве)                                  | Да/Нет |
| 9.  | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                         | Да/Нет |
| 10. | Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                   | Да/Нет |

3.11.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ущемленной грыже (коды по МКБ - 10: [K40.0](#); [K40.1](#); [K40.3](#); [K40.4](#); [K41.0](#); [K41.1](#); [K41.3](#); [K41.4](#); [K42.0](#); [K42.1](#); [K43.0](#); [K43.1](#); [K45.0](#); [K45.1](#); [K46.0](#); [K46.1](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                  |        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза                                                                        | Да/Нет |
| 5. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)                                                                     | Да/Нет |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование выпота из грыжевого мешка с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие повторных хирургического хирургических вмешательств в период госпитализации                                                                           | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие тромбэмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                  | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                 | Да/Нет |

3.11.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острой неопухоловой кишечной непроходимости (коды по МКБ - 10: [K56.0](#); [K56.2](#) - [K56.3](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом детским-хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                                                                                          | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена назогастральная декомпрессия не позднее 1 часа от момента установления диагноза                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Начато проведение инфузионной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии эффекта в течение 6 часов от момента начала консервативной терапии)                                                                                                | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани) (при хирургическом вмешательстве)                                                                                           | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено бактериологическое исследование выпота из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве)                       | Да/Нет            |
| 9.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                | Да/Нет            |

|     |                                                                  |        |
|-----|------------------------------------------------------------------|--------|
| 10. | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 11. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.11.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при язвенных гастродуоденальных и гастроэюнальных кровотечениях (коды по МКБ - 10: K25.0; K25.4; K26.0; K26.4; K27.0; K27.4)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия не позднее 1,5 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен эндоскопический гемостаз не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена оценка риска рецидива кровотечения по Форесту                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при неэффективности эндоскопического гемостаза)                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией на протяжении не менее 72 часов от момента выполнения эндоскопического гемостаза (при отсутствии медицинских противопоказаний и при высоком риске рецидива кровотечения и/или при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству) | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |

3.11.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при прободной язве (коды по МКБ - 10: K25.1 - K25.2; K25.5 - K25.6; K26.1 - K26.2; K26.5 - K26.6; K27.1 - K27.2; K27.5 - K27.6)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                          | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена обзорная рентгенография или компьютерная томография органов брюшной полости не позднее 1,5 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена постоянная назогастральная аспирация желудочного содержимого (при невозможности выполнения оперативного вмешательства)              | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                    |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)             | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                                                                                        | Да/Нет |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование выпота из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                                                                                                            | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                   | Да/Нет |

3.11.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром холецистите (коды по МКБ - 10: **K80.0**; **K81.0**)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, амилаза, мочевины, глюкоза)     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Начато проведение консервативной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                             | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии эффекта от консервативной терапии на протяжении 24 часов от момента поступления в стационар)                       | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена интраоперационная холангиография во время хирургического вмешательства (при диаметре общего желчного протока свыше 10 мм)                                      | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата желчного пузыря (при хирургическом вмешательстве)                                                     | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при | Да/Нет            |

|     |                                                                                                           |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | хирургическом вмешательстве)                                                                              |        |
| 9.  | Выполнена холецистостомия (при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству)       | Да/Нет |
| 10. | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет |
| 11. | Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации                                         | Да/Нет |
| 12. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                          | Да/Нет |

3.11.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при инвагинации (коды по МКБ - 10: [K56.1](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-детским хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и/или рентгенография брюшной полости не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена консервативная дезинвагинация не позднее 1 часа от момента установления диагноза                                                                                             | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 1 часа после завершения консервативной дезинвагинации (при неэффективности консервативной дезинвагинации)                             | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)                                                                              | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                       | Да/Нет            |

3.11.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при язве желудка и/или двенадцатиперстной кишки (коды по МКБ - 10: [K25](#); [K26](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование материала желудка на наличие геликобактер пилори ( <i>Helicobacter pylori</i> ) | Да/Нет            |



|    |                                                                                                                                |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2. | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия                                                                                           | Да/Нет |
| 3. | Проведена эрадикационная терапия (при выявлении геликобактер пилори ( <i>Helicobacter pylori</i> ))                            | Да/Нет |
| 4. | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.11.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при желчнокаменной болезни [холелитиазе] (коды по МКБ - 10: [K80](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, холестерин, триглицериды, липопротеины низкой плотности, липопротеины очень низкой плотности, липопротеины высокой плотности) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено лечение лекарственным препаратом урсодезоксихолевой кислотой (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |

3.11.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при гастроэзофагеальном рефлюксе (коды по МКБ - 10: [K21](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                              | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено рентгенологическое исследование пищевода (при наличии дисфагии)                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена биопсия слизистой оболочки пищевода (при желудочной и/или кишечной метаплазии)                                                                                                       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено pH-метрическое исследование пищевода (при рефрактерном течении заболевания)                                                                                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса или лекарственными препаратами группы H2-гистаминовые блокаторы (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.11.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при язве желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэюнальной язве без кровотечений и прободений (коды по МКБ - 10: [K25.3](#); [K25.7](#); [K25.9](#); [K26.3](#); [K26.7](#); [K26.9](#); [K27.3](#); [K27.7](#); [K27.9](#); [K28.3](#); [K28.7](#); [K28.9](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биопсия эндоскопическая из язвы (при ее локализации в желудке)                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата тканей желудка                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование материала желудка на наличие геликобактер пилори ( <i>Helicobacter pylori</i> )                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена эрадикационная терапия (при выявлении геликобактер пилори ( <i>Helicobacter pylori</i> ))                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено лечение лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса или лекарственными препаратами группы H2-гистаминовые блокаторы (при отсутствии геликобактер пилори ( <i>Helicobacter pylori</i> ) и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.11.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при неосложненных грыжах передней брюшной стенки (коды по МКБ-10: [K40.2](#), [K40.9](#), [K41.2](#), [K41.9](#), [K42.9](#), [K43.9](#), [K45.8](#), [K46.9](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)                                                                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                                                                                                | Да/Нет            |
| 4.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                      | Да/Нет            |

3.11.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при перитоните (коды по МКБ-10: [K65](#), [K67\\*](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                    | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                            |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                 | Да/Нет |
| 3. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                     | Да/Нет |
| 4. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, амилаза, глюкоза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет |
| 5. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                    | Да/Нет |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                                        | Да/Нет |
| 7. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                  | Да/Нет |
| 8. | Начато проведение дезинтоксикационной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                          | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                          | Да/Нет |

3.11.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром парапроктите (код по МКБ-10: K61)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено трансректальное пальцевое исследование                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии отделяемого) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 4 часов от момента поступления в стационар                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Достигнута нормализация температуры тела на момент выписки из стационара                                                                                                     | Да/Нет            |
| 5.    | Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в крови на момент выписки из стационара                                                                                            | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                             | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие тромбозомболических осложнений в период                                                                                                                           | Да/Нет            |

|  |                |  |
|--|----------------|--|
|  | госпитализации |  |
|--|----------------|--|

3.11.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при свище заднего прохода, прямокишечном свище, свище влагалищно-толстокишечном (коды по МКБ-10: [K60.3](#); [K60.4](#); [N82.3](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена аноскопия и/или ректороманоскопия                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование прямой кишки трансректальное и/или магнитно-резонансная томография органов малого таза                                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена консультация врачом-акушером-гинекологом (при влагалищно-толстокишечном свище)                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено хирургическое вмешательство или наложение дренирующей латексной лигатуры или формирование двустольной колостомы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                 | Да/Нет            |

3.11.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при пилонидальной кисте (код по МКБ-10: [L05](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено трансректальное пальцевое исследование                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена ректороманоскопия                                                                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве) | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                      | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                      | Да/Нет            |

3.11.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Крона и язвенном колите (коды по МКБ-10: [K50](#); [K51](#))

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

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1.  | Выполнено трансректальное пальцевое исследование                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 2.  | Выполнена колоноскопия с илеоскопией (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в течение 3 месяцев)                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 3.  | Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (при болезни Крона и при отсутствии проведения на догоспитальном этапе в течение 3 месяцев)                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 4.  | Выполнена биопсия слизистой оболочки кишки в зоне поражения (при проведении эндоскопического исследования при установлении диагноза)                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено исследование кала на наличие токсина А и В клостридии диффициле ( <i>Clostridium difficile</i> ) (при установлении диагноза и при рефрактерном течении заболевания)                                                                                                          | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена консультация врачом-дерматовенерологом (при гангренозной пиодермии и/или узловатой эритеме)                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена консультация врачом-офтальмологом (при увеите и/или иридоциклите)                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена консультация врачом-ревматологом (при наличии суставного синдрома)                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 10. | Выполнена консультация врачом-колопроктологом (при наличии свищей и/или перианальных проявлениях болезни Крона и/или при гормонзависимом или гормонрезистентном течении язвенного колита)                                                                                              | Да/Нет |
| 11. | Выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография тонкой кишки (при болезни Крона и невозможности проведения илеоскопии)                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 12. | Выполнена очаговая проба с туберкулином и/или аллергеном туберкулезным рекомбинантным (при терапии лекарственными препаратами группы иммунодепрессанты перед назначением препарата)                                                                                                    | Да/Нет |
| 13. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при терапии лекарственными препаратами группы иммунодепрессанты перед назначением лекарственного препарата)                                                                                                                           | Да/Нет |
| 14. | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы производных 5-аминосалициловой кислоты и/или системными глюкокортикостероидами и/или иммунодепрессантами и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Достигнуто уменьшение частоты дефекаций, исчезновение примеси крови в кале                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |

3.11.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при полипе

анального канала (код по МКБ-10: [K62.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена ректороманоскопия и/или аноскопия                                                   | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биопсия полипа (при размере полипа более 3 см)                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена колоноскопия                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)           | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено гистологическое исследование удаленного полипа (при хирургическом вмешательстве)    | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнута самостоятельная дефекация на момент выписки из стационара                          | Да/Нет            |
| 7.    | Достигнуто отсутствие выделения слизи и крови из прямой кишки на момент выписки из стационара | Да/Нет            |

3.11.22. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при выпадении прямой кишки (коды по МКБ-10: [K62.2](#); [K62.3](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                    | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено трансректальное пальцевое исследование                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена ректороманоскопия                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено рентгенография прямой кишки с контрастированием (дефекография)                                                                                                             | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена профилометрия                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен рентгеноконтроль прохождения контраста по толстой кишке                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                  | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при хирургическом вмешательстве и при наличии признаков местной воспалительной реакции) | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие выпадения прямой кишки из анального отверстия при натуживании на момент выписки из стационара                                                                             | Да/Нет            |

3.11.23. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при желчекаменной болезни [холелитиазе], холецистите (коды по МКБ-10: [K80.1](#); [K80.2](#); [K80.8](#); [K81.1](#); [K81.8](#); [K81.9](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, амилаза, глюкоза)                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено лечение лекарственным препаратом урсодезоксихолевой кислоты или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена интраоперационная холангиография во время хирургического вмешательства (при диаметре общего желчного протока свыше 10 мм) (при хирургическом вмешательстве)                        | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата желчного пузыря (при хирургическом вмешательстве)                                                                         | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации (при хирургическом вмешательстве)                                                                                    | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                             | Да/Нет            |

3.11.24. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при камнях желчного протока (коды по МКБ-10: [K80.3](#); [K80.4](#); [K80.5](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, амилаза, глюкоза) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)                                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография                                                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                         | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                            | Да/Нет            |

3.12. Критерии качества при болезнях кожи и подкожной клетчатки

3.12.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при острых гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей челюстно-лицевой области (коды по МКБ-10: [L02.0](#); [L03.2](#))



| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                        | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее 3 часов от момента установления диагноза                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                          | Да/Нет            |

3.12.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при острых гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей, абсцессе кожи, фурункуле и карбункуле, флегмоне (коды по МКБ-10: [L02.1](#); [L02.2](#); [L02.3](#); [L02.4](#); [L02.8](#); [L02.9](#); [L03.0](#); [L03.1](#); [L03.8](#); [L03.9](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, амиллаза, глюкоза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее 3 часов от момента установления диагноза                                                                                                          | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                   | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие тромбозомболических осложнений                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |

3.12.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при локализованной склеродермии [morphea] (код по МКБ-10: [L94.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или лекарственными препаратами группы топические ингибиторы кальциневрина и/или антагонист фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.12.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при дерматите, вызванном веществами, принятыми внутрь (код по МКБ-10: L27)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                 | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные препараты и/или группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара                                                                                                                                                  | Да/Нет            |

3.12.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при дерматофитии (код по МКБ-10: B35)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при назначении системных противогрибковых лекарственных препаратов)                                                                                                             | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, мочевиная кислота, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) (при назначении системных противогрибковых лекарственных препаратов) | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                               |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3. | Выполнены микробиологическое (культуральное) и микроскопическое исследование биологического материала из очагов поражения на патогенные грибы | Да/Нет |
| 4. | Выполнена люминесцентная диагностика (осмотр под лампой Вуда)                                                                                 | Да/Нет |
| 5. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы противогрибковые (при отсутствии медицинских противопоказаний)                            | Да/Нет |
| 6. | Выполнено повторное микроскопическое исследование биологического материала из очагов поражения на патогенные грибы                            | Да/Нет |
| 7. | Отрицательный результат микроскопического исследования на патогенные грибы в образце биологического материала на момент выписки из стационара | Да/Нет |

3.12.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при эритеме многоформной (код по МКБ-10: [L51](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена терапия противовирусными лекарственными препаратами для системного применения и/или противогерпетическими лекарственными препаратами при ассоциации с вирусом простого герпеса (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.12.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при экземе (код по МКБ-10: [L30](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 4.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)                                                                                      | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антигистаминные и/или группы топические и/или системные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

|    |                                                                                  |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 6. | Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара | Да/Нет |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|--------|

3.12.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при atopическом дерматите (код по МКБ-10: [L20](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, мочевая кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 4.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы антигистаминные и/или топические глюкокортикостероиды и/или группы топические ингибиторы кальциневрина и/или группы иммунодепрессанты и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Достигнут частичный регресс высыпаний на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |

3.12.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при atopическом дерматите (коды по МКБ-10: [L20.8](#); [L20.9](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-аллергологом-иммунологом и/или врачом-дерматовенерологом                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или группы топические глюкокортикостероиды в комбинации с другими лекарственными препаратами и/или группы топические ингибиторы кальциневрина (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Достигнуто уменьшение площади и выраженности высыпаний                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |

3.12.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при простом хроническом лишае и чесотке (код по МКБ-10: [L28](#))

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

|    |                                                                                                                                                                                                                                    |        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | фототерапии)                                                                                                                                                                                                                       |        |
| 2. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) (при фототерапии)                                                                              | Да/Нет |
| 3. | Выполнен анализ мочи общий (при фототерапии)                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 4. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные и/или топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.12.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при пиодермии (коды по МКБ-10: [L00](#); [L01](#); [L08.0](#); [L73.8](#); [L74.8](#); [L98.4](#); [P39.4](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, глюкоза, креатинин, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза)                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого высыпных элементов кожи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                    | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные антибактериальные и/или антисептические (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара                                                                                                                              | Да/Нет            |

3.12.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при параспориозе (код по МКБ-10: [L41](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при фототерапии)                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза) (при фототерапии) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ мочи (при фототерапии)                                                                                            | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                              |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

3.12.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при лишае красном плоском (код по МКБ-10: L43)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при фототерапии)                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, билирубин общий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) (при фототерапии)                                                        | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий (при фототерапии)                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы топические и/или системные глюкокортикостероиды и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Достигнут частичный регресс высыпаний на момент выписки из стационара                                                                                                                                         | Да/Нет            |

3.12.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при псориазе (код по МКБ-10: L40)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, креатинин, мочевая кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза)                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы ретиноиды и/или группы иммунодепрессанты и/или фототерапия (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |

3.12.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при псориазе (код по

МКБ-10: L40)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                 | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-дерматовенерологом                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические глюкокортикостероиды и/или кератолитические (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Достигнуто уменьшение распространенности и/или выраженности процесса                                                                                                                              | Да/Нет            |

3.12.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при крапивнице, ангионевротическом отеке (коды по МКБ-10: L50; T78.3)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы антигистаминные и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен осмотр врачом-терапевтом (педиатром) и/или аллергологом-иммунологом и/или врачом-дерматовенерологом (при повторных эпизодах крапивницы и/или ангионевротического отека)                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Достигнуто исчезновение или уменьшение площади и выраженности высыпаний                                                                                                                                                               | Да/Нет            |

3.13. Критерии качества при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани

3.13.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при юношеском [ювенильном] артрите (код по МКБ-10: M08)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, аспартат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, ферритин, креатинин, мочевины, лактатдегидрогеназа, креатинкиназа, калий, натрий, ионизированный кальций) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов (Ig A, IgG, Ig M)                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5.  | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 6.  | Выполнена очаговая проба с туберкулином и/или аллергеном туберкулезным рекомбинантным                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено определение антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 10. | Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 11. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек и/или компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства и малого таза и/или магнитно-резонансная томография с внутривенным болюсным контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства и малого таза                                                                         | Да/Нет |
| 12. | Выполнена электрокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 13. | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 14. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 15. | Выполнена рентгенография и/или компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография пораженных суставов (при наличии суставного синдрома)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 16. | Выполнена магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных сочленений (при ювенильном анкилозирующий спондилите (M08.1))                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 17. | Выполнена консультация врачом-офтальмологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 18. | Выполнено исключение инфекционных заболеваний                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 19. | Выполнено исключение заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая воспалительные заболевания кишечника                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 20. | Выполнено исключение онкологических заболеваний и гемабластозов                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 21. | Не выполнено назначение антибактериальных лекарственных препаратов и/или антагониста фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или лекарственных препаратов из группы аminosалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы иммунодепрессантов и/или группы системные глюкокортикостероиды (на этапе установления диагноза и/или при другом юношеском артрите (M08.8) и юношеском артрите неуточненном (M08.9)) | Да/Нет |
| 22. | Проведена терапия нестероидными противовоспалительными                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | лекарственными препаратами (на этапе установления диагноза и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
| 23. | Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы аminosалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы иммунодепрессанты и/или группы системные глюкокортикостероиды (при подтвержденном диагнозе, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 24. | Проведена оценка эффективности и безопасности терапии                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |

3.13.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остеомиелите (код по МКБ-10: M86)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена рентгенография пораженной кости и смежных суставов в двух и более проекциях, в том числе функциональная                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена компьютерная томография пораженной кости и/или ультразвуковое исследование пораженной кости и/или фистулография (при наличии свища)                                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                      |                   |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, альбумин)                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии свища или хирургическом вмешательстве) | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                   | Да/Нет            |
| 9.    | Проведена терапия анти тромботическими лекарственными препаратами (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                               | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнена эластическая компрессия нижних конечностей (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                            | Да/Нет            |
| 11.   | Достигнута частичная или полная ремиссия патологического процесса на момент выписки из стационара                                                                                                               | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 12. | Достигнута полная или частичная опороспособность нижних конечностей, в том числе с использованием временных дополнительных средств фиксации (гипсовая лонгета, ортез, тугор, аппарат Илизарова) на момент выписки из стационара (при поражении кости нижней конечности) | Да/Нет |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

3.13.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при анкилозирующем спондилите (код по МКБ-10: [M45](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-ревматологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, глюкоза, холестерин, щелочная фосфатаза)                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BASDAI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена обзорная рентгенография таза и/или магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошного сочленения (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или лекарственными препаратами из группы аminosалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или препаратами группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.13.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при сухом синдроме [Шегрена] (код по МКБ-10: [M35.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-ревматологом                                 | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена консультация врачом-офтальмологом                                | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено определение слезовыделения (тест Ширмера)                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено окрашивание эпителия роговицы/конъюнктивы раствором флюоресцеина | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение времени разрыва прекорнеальной слезной пленки        | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 6.  | Выполнена консультация врачом-стоматологом                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 7.  | Выполнена сиалометрия стимулированная                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено ультразвуковое исследование слюнных желез (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 9.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                          | Да/нет |
| 10. | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                     | Да/нет |
| 11. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, общий белок и белковые фракции, глюкоза)                     | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 13. | Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 14. | Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 15. | Выполнено определение антител к Ro/SS-A, La/SS-B ядерным антигенам (при установлении диагноза)                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 16. | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или алкилирующими средствами и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) не позднее 5 дней от момента начала терапии                                                           | Да/Нет |

3.13.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при подагре, других кристаллических артропатиях (коды по МКБ-10: [M10](#); [M11](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-ревматологом                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, глюкоза, холестерин, мочевая кислота) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено исследование синовиальной жидкости и/или содержимого подкожного узла (тофуса) в поляризационном микроскопе и/или ультразвуковое исследование пораженных                         | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | суставов (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |
| 6. | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 7. | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или группы противоподагрические препараты и/или группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально и/или внутрисуставно) и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8. | Уменьшение количества припухших суставов на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |

3.13.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при серопозитивном ревматоидном артрите и других ревматоидных артритах (коды по МКБ-10: M05; M06)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-ревматологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, глюкоза, холестерин)                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня 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 уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена оценка активности с использованием индекса DAS28                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена рентгенография кистей и дистальных отделов стоп (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 9.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичных лекарственных препаратов и/или группы аминохинолины и/или группы иммунодепрессанты и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.13.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при узелковом полиартериите и родственных состояниях, других некротизирующих васкулопатиях (коды по МКБ-10: M30; M31)

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

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                              | выполнения |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.  | Выполнена консультация врачом-ревматологом                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет     |
| 2.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет     |
| 3.  | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет     |
| 4.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий белок, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза)                                                                                                    | Да/Нет     |
| 5.  | Выполнено исследование мочи методом Нечипоренко (при повышении креатинина в крови и/или протеинурии)                                                                                                                                                                         | Да/Нет     |
| 6.  | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет     |
| 7.  | Выполнено определение в крови антител к цитоплазме нейтрофилов и/или антител к протеиназе-3 и миелопероксидазе                                                                                                                                                               | Да/Нет     |
| 8.  | Выполнено исследование уровня иммуноглобулина А (IgA) в крови                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет     |
| 9.  | Выполнено исследование уровня криоглобулинов в крови                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет     |
| 10. | Выполнено определение в крови антител к базальной мембране клубочков (при впервые выявленных за последний месяц повышении креатинина в крови и/или кровохарканьи)                                                                                                            | Да/Нет     |
| 11. | Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                  | Да/Нет     |
| 12. | Выполнена электрокардиография                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет     |
| 13. | Выполнена эхокардиография (при одышке или боли в области сердца или нарушении ритма сердца)                                                                                                                                                                                  | Да/Нет     |
| 14. | Выполнена консультация врачом-оториноларингологом                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет     |
| 15. | Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа и височных костей при некротизирующем поражении верхних дыхательных путей и/или снижении слуха длительностью более 3 месяцев (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                     | Да/Нет     |
| 16. | Выполнена компьютерная томография глазниц (при птозе века и/или экзофтальме и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                              | Да/Нет     |
| 17. | Выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга (при признаках очагового поражения головного мозга или при расстройствах зрения или слепоте и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                    | Да/Нет     |
| 18. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды и/или алкилирующими средствами и/или группы иммунодепрессанты и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет     |

|     |                                                                                                             |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 19. | Выполнен повторный общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 5 дней от момента начала терапии | Да/Нет |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

3.13.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при системной красной волчанке (код по МКБ-10: [M32](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-ревматологом                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (альбумин, креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий белок, креатинфосфокиназа, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)                                                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий анализ мочи                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение белка в суточной моче                                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации                                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена электрокардиография                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки                                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено определение антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте иммуноферментным методом                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнена оценка активности по шкале SELENA SLEDAI                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 13.   | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы аминохинолины и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

3.13.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при полиартрозе, коксартрозе [артроз тазобедренного сустава], гонартрозе [артроз коленного сустава], других артрозах (коды по МКБ-10: [M15.0](#); [M16.0](#); [M17.0](#); [M19.0](#))

| N п/п | Критерии качества                                     | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-ревматологом            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | Да/Нет            |



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 4. | Выполнена рентгенография суставов (при гонартрозе - коленных суставов, при коксартрозе - тазобедренных суставов, при генерализованном (остео)артрозе наиболее пораженных суставов (при отсутствии проведения исследования в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 5. | Выполнена оценка выраженности боли в наиболее болезненном суставе по визуальной аналоговой шкале                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 6. | Проведена терапия лекарственными препаратами: производными аминофенола и/или группы нестероидные противовоспалительные и/или группы системные глюкокортикостероиды (периартикулярно и/или внутрисуставно) и/или прочими лекарственными препаратами для лечения заболеваний костно-мышечной системы и/или группы противовоспалительные и противоревматические в комбинации с другими лекарственными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.13.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при системном склерозе и диффузном (эозинофильном) фасциите (коды по МКБ-10: [M34](#); [M35.4](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                              | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-ревматологом                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (альбумин, креатинин, мочевина, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, общий белок, креатинфосфокиназа, глюкоза, мочевая кислота, холестерин) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена электрокардиография                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено исследование уровня антинуклеарного фактора в крови (при установлении диагноза)                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена терапия лекарственными препаратами группы простагландины (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                           | Да/Нет            |

3.13.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при псориатическом артрите (коды по МКБ-10: [L40.5](#); [M07.0\\*](#) - [M07.3\\*](#))

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

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | выполнения |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.  | Выполнена консультация врачом-ревматологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет     |
| 2.  | Выполнена консультация врачом-дерматовенерологом (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет     |
| 3.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет     |
| 4.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфотаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет     |
| 5.  | Выполнено исследование уровня ревматоидного фактора в крови (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет     |
| 6.  | Выполнено определение антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (при установлении диагноза)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет     |
| 7.  | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет     |
| 8.  | Выполнена оценки общего состояния здоровья и выраженности боли по визуальной аналоговой шкале                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет     |
| 9.  | Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BASDAI (при спондилите)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет     |
| 10. | Выполнена рентгенография кистей и дистальных отделов стоп (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет     |
| 11. | Выполнена обзорная рентгенография таза и/или магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошного сочленения (при спондилите и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет     |
| 12. | Выполнена оценка числа болезненных и припухших суставов                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет     |
| 13. | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы нестероидные противовоспалительные и/или антагонистом фолиевой кислоты из группы антиметаболитов и/или группы системные глюкокортикостероиды (периартикулярно и/или внутрисуставно) и/или группы аминосалициловой кислоты и аналогичными лекарственными препаратами и/или группы иммунодепрессанты (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет     |

3.13.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при болезни Бехчета (код по МКБ-10: M35.2)

| N п/п | Критерии качества                           | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-ревматологом  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена консультация врачом-офтальмологом | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 4. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, глюкоза, мочевая кислота, холестерин)                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 5. | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 6. | Выполнена оценка общего состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 7. | Выполнена оценка активности болезни с использованием индекса BDCAF                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 8. | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды (парентерально и/или перорально) и/или группы ингибиторы кальциневрина и/или группы иммунодепрессанты и/или алкилирующими лекарственными препаратами и/или группы моноклональные антитела (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

### 3.14. Критерии качества при болезнях мочеполовой системы

3.14.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при почечной колике (коды по МКБ - 10: [N23](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-урологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и обзорная урография (рентгенография мочевого выделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено введение лекарственных препаратов группы нестероидные противовоспалительные средства или лекарственных препаратов группы наркотические анальгетики не позднее 1 часа от момента установления диагноза (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено дренирование верхних мочевыводящих путей (при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии в течение 6 часов)                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена контрольная обзорная урография (рентгенография мочевого выделительной системы) (при проведении дренирования верхних мочевыводящих путей)                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие острого обструктивного пиелонефрита в период госпитализации                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |

3.14.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при остром почечном повреждении (коды по МКБ - 10: N17.0 - N17.2; N 17.8 - N17.9)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-нефрологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при наличии диуреза)                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня креатинина, мочевины, калия, натрия в крови, исследование концентрации водородных ионов (pH) крови, исследование уровня лактата в крови) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                            | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен биохимический анализ мочи с определением осмолярности, осмотического концентрационного индекса (отношения осмолярности мочи к осмолярности плазмы крови), концентрационного индекса креатинина (отношения креатинина мочи к креатинину плазмы крови), относительной плотности мочи, концентрации в моче натрия, фракционной экскреции натрия | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено определение нейтрофильного желатиназо-ассоциированного липокалина в крови и моче                                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена ультразвуковая доплерография сосудов почек не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнена биоимпедансметрия и/или измерение центрального венозного давления и/или прицельная рентгенография органов грудной клетки                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнена консультация врача-уролога (врача-детского уролога-андролога) не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при постренальной форме острого почечного повреждения)                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнено определение объема мочи в течение 12 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнена оценка темпа диуреза за 6 часов                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 13.   | Достигнуто восстановление пассажа мочи не позднее 12 часов от момента поступления в стационар (при постренальной форме острого почечного повреждения)                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 14.   | Выполнено контрольное исследование уровня креатинина в крови не                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                         |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | позднее 24 часов от первого исследования                                                                                |        |
| 15. | Выполнена интермиттирующая или продолженная или продленная терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 16. | Достигнута доза Kt/V 3,9 в неделю (при интермиттирующей или продолженной терапии методами диализа)                      | Да/Нет |
| 17. | Достигнут объем энфлюэнта не менее 20 мл/кг/час за процедуру (при продленной терапии методами диализа)                  | Да/Нет |

3.14.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при мочекаменной болезни (коды по МКБ - 10: N20 - N22)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врача-детского уролога-андролога не позднее 1 часа от момента поступления                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ мочи общий не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче не позднее 72 часов от момента поступления в стационар                                                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наличии лейкоцитурии и/или гематурии) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочевая кислота, ионизированный кальций, натрий, калий, магний)                                                    | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при выявлении гиперкальциурии)                                                                                          | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                               | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием     | Да/Нет            |

3.14.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при рецидивирующей и устойчивой гематурии (коды по МКБ - 10: N02)

| N п/п | Критерии качества                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врача-нефролога | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ мочи общий             | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                     |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3.  | Выполнено микроскопическое исследование осадка мочи (исследование морфологии эритроцитов в моче с определением процента дисморфных форм)                                                                            | Да/Нет |
| 4.  | Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 5.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 6.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, общий белок)                                                                                                       | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено определение антистрептолизина-О в сыворотке крови (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)                                                                                                      | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено определение уровня С3-компонента комплемента (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)                                                                                                           | Да/Нет |
| 9.  | Выполнено определение международного нормализованного отношения (при доле дисморфных эритроцитов более 50% в моче)                                                                                                  | Да/Нет |
| 10. | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и/или обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием | Да/Нет |

3.14.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при инфекции мочевыводящих путей (коды по МКБ - 10: N10 - N11; N30; N39.0)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                 | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на)                                                                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при повышении температуры тела выше 38,0 °С)                                                          | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                         | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                      | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена терапия антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 3 часов от момента установления диагноза                                              | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами (при | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                  |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | пиелонефрите)                                                                                                                    |        |
| 9.  | Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами | Да/Нет |
| 10. | Выполнено контрольное ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей (при пиелонефрите)                                 | Да/Нет |
| 11. | Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент выписки из стационара                                                 | Да/Нет |

3.14.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при туболоинтерстициальном нефрите (коды по МКБ-10: N10; N11)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                 | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ мочи общий не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                            | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                             | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                    | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, глюкоза)                                                                                | Да/Нет            |
| 6.    | Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                          | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнен анализ мочи общий повторно не позднее 120 часов от момента начала терапии антибактериальными лекарственными препаратами                            | Да/Нет            |
| 9.    | Достигнута нормализация уровня лейкоцитов в моче на момент выписки из стационара                                                                            | Да/Нет            |
| 10.   | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                            | Да/Нет            |

3.14.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при мочекаменной болезни (коды по МКБ-10: N20 - N22)

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



|     |                                                                                                                                                                                    |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                              | Да/Нет |
| 2.  | Выполнен общий (клинический) анализ мочи                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 3.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (мочевая кислота, креатинин, мочеви́на)                                                                                    | Да/Нет |
| 4.  | Выполнено бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при лейкоцитурии)                     | Да/Нет |
| 5.  | Выполнена обзорная урография (рентгенография мочевыделительной системы) и/или внутривенная урография и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено хирургическое вмешательство, направленное на восстановление пассажа мочи и/или удаление камня (при наличии медицинских показаний)                                        | Да/Нет |
| 7.  | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                      | Да/Нет |
| 8.  | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                   | Да/Нет |
| 9.  | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                   | Да/Нет |
| 10. | Отсутствие повторных вмешательств за время госпитализации                                                                                                                          | Да/Нет |

3.14.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при неуточненной гематурии (код по МКБ-10: R31)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей и/или компьютерная томография почек и мочевыводящих путей с контрастированием не позднее 2 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ мочи общий с определением гемоглобина не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                                                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Отсутствие тампонады мочевого пузыря в период госпитализации                                                                                                                                          | Да/Нет            |

3.14.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при гидронефрозе (коды по МКБ-10: N13.0; N13.1)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

|    |                                                                                     |        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей | Да/Нет |
| 3. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                    | Да/Нет |
| 4. | Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации                   | Да/Нет |

3.14.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при недержании мочи у женщин (код по МКБ-10: N39.4)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей с измерением остаточного объема мочи                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнены урофлоуметрия и/или цистометрия наполнения и опорожнения и/или цистоскопия                                | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                    | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации                                                   | Да/Нет            |

3.14.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (код по МКБ-10: N40)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование мочевыводящих путей и ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня общего простатоспецифического антигена в крови                                                  | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена урофлоуметрия                                                                                                       | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)           | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленных тканей                                           | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                              | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие острой задержки мочи                                                                                               | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации                                                             | Да/Нет            |

3.14.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гидроцеле и сперматоцеле (код по МКБ-10: N43)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)                        | Да/Нет            |
| 4.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                             | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                    | Да/Нет            |

3.14.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неопущении яичка (код по МКБ-10: Q53)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и ультразвуковое исследование органов малого таза и ультразвуковое исследование органов мошонки и/или лапароскопия | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                              | Да/Нет            |
| 3.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                 | Да/Нет            |

3.14.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при перекручивании яичка (код по МКБ-10: N44)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-детским-хирургом и/или врачом-детским урологом-андрологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза                                                                                              | Да/Нет            |

|    |                                                                                              |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани) | Да/Нет |
| 6. | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                      | Да/Нет |
| 7. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                             | Да/Нет |

3.14.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при избыточной крайней плоти, фимозе, парафимозе и баланопостите (коды по МКБ-10: N47; N48.1)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено консервативное лечение антибактериальными и/или анальгетическими лекарственными препаратами или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено устранение ущемления головки полового члена не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при парафимозе)                                                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                             | Да/Нет            |

3.14.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при орхите и эпидидимите (код по МКБ-10: N45)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-хирургом (врачом-детским хирургом) и/или врачом-урологом-андрологом (врачом-детским урологом-андрологом) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)                                                                                             | Да/Нет            |
| 6.    | Отсутствие повторных хирургических вмешательств в период госпитализации                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                         | Да/Нет            |

3.14.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при болезнях почечного трансплантата (коды по МКБ-10: Z94.0; T86.1; N16.5\*)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-нефрологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |
| 3.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, общий белок, альбумин, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение белка в суточной моче                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение концентрации иммунодепрессантов в крови                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено дуплексное сканирование артерий почек                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнена биопсия трансплантата почки (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнена микроскопия препарата тканей трансплантата почки и/или иммуноморфологическое исследование тканей трансплантата почки и/или цитологическое исследование препарата тканей трансплантата почки и/или гистологическое исследование препарата тканей трансплантата почки и/или гистохимическое исследование препарата тканей трансплантата почки (при биопсии почки) | Да/Нет            |
| 12.   | Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или группы системные глюкокортикостероиды и/или иммунодепрессантами (при отторжении трансплантата почки, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                              | Да/Нет            |
| 13.   | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при пиелонефрите трансплантата почки и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |

3.14.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при нефротическом и нефритическом синдромах (коды по МКБ-10: N00; N01; N03; N04; N05)

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

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1.  | Выполнена консультация врачом-нефрологом                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 2.  | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 3.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 4.  | Выполнено определение водного баланса                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено определение белка в суточной моче                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 6.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, общий белок, альбумин, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий)                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 7.  | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена биопсия почки (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена микроскопия препарата тканей почки и/или иммуноморфологическое исследование тканей почки и/или цитологическое исследование препарата тканей почки и/или гистологическое исследование препарата тканей почки и/или гистохимическое исследование препарата тканей почки (при биопсии почки)                                                               | Да/Нет |
| 10. | Проведена терапия лекарственными препаратами: группы системные глюкокортикостероиды и/или иммунодепрессантами и/или ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или алкилирующими и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.14.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при хронической почечной недостаточности (код по МКБ-10: N18)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена консультация врачом-нефрологом (при стадии 3, 4, 5)                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ мочи общий (при отсутствии анурии)                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, общий белок, альбумин, глюкоза, холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды, калий, натрий) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение белка в суточной моче                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 7.  | Выполнено ультразвуковое исследование почек                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена эхокардиография (при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена электрокардиография (при стадии 3, 4, 5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 10. | Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при стадии 4, 5) (при отсутствии проведения в последние 3 месяца)                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 11. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (ферритин, насыщение трансферрина железом, щелочная фосфатаза, кальция, фосфора, бикарбонат) (при стадии 3, 4, 5)                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 12. | Выполнено исследование уровня 25-ОН витамина D в крови (при стадии 3, 4, 5 и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 13. | Выполнена рентгенография брюшного отдела аорты (при стадии 3, 4, 5 и при отсутствии проведения в последние 12 месяцев)                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 14. | Проведена терапия лекарственными препаратами: ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и/или антагонистами рецепторов ангиотензина II и/или блокаторами кальциевых каналов и/или бета-адреноблокаторами и/или диуретиками (при повышенном артериальном давлении, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 15. | Проведена терапия лекарственными препаратами железа и/или эпоэтином бета (при анемии, при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 16. | Проведена терапия минерально-костных нарушений лекарственными препаратами для лечения гиперфосфатемии и/или препаратами кальция и/или антипаратиреоидными гормонами и/или препаратами группы витамина D и его аналогов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                | Да/Нет |
| 17. | Проведена терапия лекарственными препаратами ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (при гиперхолестеринемии и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 18. | Выполнена терапия методами диализа (при наличии медицинских показаний)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |

3.14.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эндометриозе (код по МКБ-10: N80)

| N п/п | Критерии качества                                                        | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена гистероскопия (при аденомиозе)                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование                 | Да/Нет            |



|    |                                                                  |        |
|----|------------------------------------------------------------------|--------|
|    | препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)     |        |
| 4. | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |
| 5. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации | Да/Нет |

3.14.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественном новообразовании яичника, невоспалительных болезнях яичника, маточной трубы и широкой связки матки (коды по МКБ-10: D27; N83.0; N83.1; N83.2; N83.4; N83.5; N83.6; N83.7; N83.8; N83.9)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом акушером-гинекологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)                                                        | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при симптомах острого живота)                           | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена консервативная терапия и/или хирургическое вмешательство (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                              | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)                                                                  | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 9.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                       | Да/Нет            |

### 3.15. Критерии качества при беременности, родах и послеродовом периоде

3.15.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекции хирургической акушерской раны (коды по МКБ - 10: O86.0)

| N п/п | Критерии качества                                          | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена санация гнойного очага с удалением некротических | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                          |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | тканей не позднее 6 часов от момента установления диагноза                                                                                                               |        |
| 2. | Выполнен общий клинический анализ крови развернутый                                                                                                                      | Да/Нет |
| 3. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из хирургической раны с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет |
| 4. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                            | Да/Нет |

3.15.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при акушерских кровотечениях в родах и в послеродовом периоде (коды по МКБ - 10: [O67](#); [O72](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Вызван второй врач-акушер-гинеколог или вторая акушерка не позднее 10 минут от момента установления диагноза                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Вызван врач-анестезиолог-реаниматолог не позднее 10 минут от момента установления диагноза                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза                                                                                               | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено введение уретнических лекарственных препаратов не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено введение двух внутривенных катетеров не позднее 10 минут от момента установления диагноза                                                                                           | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 минут от момента установления диагноза | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 10 минут от момента установления диагноза                                                                                                  | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнен наружновнутренний массаж и компрессия матки не позднее 10 минут от момента установления диагноза                                                                                     | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено удаление остатков плацентарной ткани и сгустков не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии остатков плацентарной ткани и сгустков)                           | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено зашивание разрывов мягких родовых путей не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при наличии разрывов мягких родовых путей)                                            | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнена тромбоэластограмма                                                                                                                                                                  |                   |
| 12.   | Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)                                                                                                 | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 13. | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 14. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 20 минут от момента установления диагноза при массивной кровопотере, превышающей 30% объема циркулирующей крови (при неэффективности консервативного лечения) | Да/Нет |
| 15. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 16. | Выполнено определение основных групп крови и резус-принадлежности                                                                                                                                              | Да/Нет |

3.15.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи беременным с сахарным диабетом (коды по МКБ-10: [O24.0](#); [O24.1](#); [O24.3](#); [O24.4](#); [O24.9](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено измерение гликемии не реже 4 раз в 24 часа ежедневно                                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c)                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (белок, общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, креатинин, калий, натрий) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен общий анализ мочи                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено исследование на микроальбуминурию (при сроке беременности до 22 недель)                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнен расчет скорости клубочковой фильтрации                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное определение гемостаза)                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено ультразвуковое исследование плода (при сроке беременности 22 недели и более)                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнена консультация врача-офтальмолога                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнен расчет индивидуального целевого уровня гликированного гемоглобина и целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнена отмена гипогликемических лекарственных препаратов, кроме инсулина (в случае приема пациентом)                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 13.   | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы инсулина и их аналогов и/или диетотерапия (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                             | Да/Нет            |

|     |                                                                                               |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 14. | Достигнуты индивидуальные целевые значения гликемии натощак и через 1 час после еды и на ночь | Да/Нет |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

3.15.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ложных схватках (код по МКБ-10: O47)

| N п/п | Критерии качества                                                                                | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование плода                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена кардиотокография плода                                                                 | Да/Нет            |

3.15.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при внематочной [эктопической] беременности (код по МКБ-10: O00)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                       | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) (при нарушенной беременности)                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |

3.15.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при пузырном заносе и других аномальных продуктах зачатия (коды по МКБ-10: O01; O02)

| N п/п | Критерии качества                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2.  | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное и трансабдоминальное                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 3.  | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 4.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 6.  | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                  | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                   | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки (при пузырьном заносе)                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 10. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 11. | Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное и трансабдоминальное                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 12. | Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови                                                                                                                                | Да/Нет |
| 13. | Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 14. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                        | Да/Нет |

3.15.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при самопроизвольном выкидыше (коды по МКБ-10: O20; O03.3; O03.4; O03.8; O03.9; O05.3; O05.4; O05.8; O05.9; O06.3; O06.4; O06.8; O06.9)

| № п/п | Критерии качества                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар          | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (при удовлетворительном состоянии) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови              | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                   | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено повторное ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                                                                                                                      | Да/Нет |
| 9.  | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 10. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                        | Да/Нет |

3.15.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при аборте (самопроизвольном, искусственном, ином), внематочной или молярной беременности, осложнившейся длительным и чрезмерным кровотечением (коды по МКБ-10: O03.1; O03.6; O04.1; O04.6; O05.1; O05.6; O06.1; O06.6; O07.1; O07.6; O08.1)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар или установления диагноза            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                                                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови                                                                                     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности                                                                                            | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма                                                                                  | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено ингаляционное введение кислорода не позднее 10 минут от момента установления диагноза (при сатурации менее 92%)                                                          | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено введение внутривенного катетера не позднее 10 минут от момента установления диагноза                                                                                     | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцина и его аналогов и/или группы утеротонизирующие не позднее 10 минут от момента установления диагноза (в зависимости от | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                    |        |
| 10. | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 11. | Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 12. | Выполнена катетеризация мочевого пузыря не позднее 30 минут от момента установления диагноза                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 13. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) не позднее 10 мин от момента установления диагноза                                             | Да/Нет |
| 14. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства (при хирургическом вмешательстве и при отсутствии медицинских противопоказаний)                | Да/Нет |
| 15. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани (при хирургическом вмешательстве)                                                                                                                   | Да/Нет |
| 16. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 17. | Отсутствие тромбоземболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 18. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                        | Да/Нет |

3.15.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при инфекции половых путей и тазовых органов, вызванные абортom, внематочной или молярной беременностью (коды по МКБ-10: O03.0; O03.5; O04.0; O04.5; O05.0; O05.5; O06.0; O06.5; O07.0; O07.5; O08.0)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 30 мин от момента поступления в стационар или установления диагноза | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                   | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови                                                                  | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови                             | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и                                                                     | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                         |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | определение резус-принадлежности                                                                                                                                                                                                        |        |
| 7.  | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 8.  | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                                              | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена санация гнойного очага                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 10. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                           | Да/Нет |
| 11. | Выполнено повторное исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бета-субъединица) в крови                                                                                                                                | Да/Нет |
| 12. | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 48 часов от момента хирургического вмешательства или появления кровяных выделений (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 13. | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 14. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                        | Да/Нет |

3.15.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при предлежании плаценты с кровотечением, преждевременной отслойке плаценты, дородовом кровотечении (коды по МКБ-10: [O44.1](#); [O45](#); [O46](#))

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                             | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено введение внутривенного катетера 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 развернутый                                                                                         | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности                                                       | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма                                             | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена кардиотокография плода не позднее 30 минут от момента поступления (при удовлетворительном состоянии)                                | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций                                                                                             | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                          |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза)                                   |        |
| 9.  | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при кровопотере более 500 мл и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 10. | Выполнена коррекция нарушений в системе гемостаза (при наличии нарушений в системе гемостаза)                            | Да/Нет |
| 11. | Отсутствие тромбозомболических осложнений в период госпитализации                                                        | Да/Нет |
| 12. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                         | Да/Нет |

3.15.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при родах одноплодных, самопроизвольном родоразрешении (включено: случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее) (коды по МКБ-10: [O80](#); [O70](#); [O71.3](#); [O71.4](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена установка внутривенного катетера роженице                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний)                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ведение партограммы                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице не позднее 1 минуты от момента рождения ребенка (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                          | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено пережатие пуповины новорожденного не ранее 60 секунд и не позднее 3 минут от момента рождения                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено выделение последа не позднее 30 минут от момента рождения ребенка                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено исследование плаценты послеродовое                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено ушивание разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки (при наличии разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки и/или при разрезе промежности (эпизиотомии)) не позднее 60 минут от момента родоразрешения                                    | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнена оценка состояния новорожденного (спонтанное дыхание,                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |

|  |                                                                                       |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | сердечные сокращения, цвет кожных покровов) в конце первой минуты от момента рождения |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|

3.15.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при оперативном родоразрешении путем кесарева сечения (коды по МКБ-10: O82; O84.2)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                           | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена аускультация плода с помощью стетоскопа и/или кардиотокография плода (не позднее 30 минут до хирургического вмешательства)                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена установка внутривенного катетера роженице                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена постановка мочевого катетера роженице                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый роженице                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма (при плановом хирургическом вмешательстве)                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности роженице                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 7.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до оперативного родоразрешения (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                       | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено пережатие пуповины новорожденного не ранее 30 секунд и не позднее 1 минуты от момента рождения                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице внутривенно медленно не позднее 1 минуты от момента извлечения плода (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                     | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнена оценка состояния новорожденного (спонтанное дыхание, сердечные сокращения, цвет кожных покровов) в конце первой минуты от момента рождения                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнено исследование плаценты послеродовое                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 13.   | Выполнено введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 14.   | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый родильницы не позднее 72 часов от момента оперативного                                                                                                                                                                | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | родоразрешения                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
| 15. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при субфебрильной температуре тела в течение 72 часов от момента оперативного родоразрешения) | Да/Нет |
| 16. | Температура тела не выше 37,2 °С на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 17. | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 18. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |

3.15.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременном разрыве плодных оболочек, преждевременных родах (коды по МКБ-10: O42; O60)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии)                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена кардиотокография плода не позднее 60 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови (при дородовом излитии околоплодных вод)                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при дородовом излитии околоплодных вод)                                                                                 | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнен токолиз (при раскрытии маточного зева менее 3 см в срок гестации менее 34 недель (угрожающие преждевременные роды) или при раскрытии маточного зева менее 3 см в срок гестации 34 - 37 недель в случае транспортировки в стационар 3 уровня и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 37 недель и раскрытии маточного зева менее 3 см, при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                            | Да/Нет            |
| 9.    | Отсутствие тромбозмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 10.   | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |

3.15.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, родов и в послеродовом периоде, преэклампсии, эклампсии (коды по МКБ-10: O10 - O16)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                 | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-акушером-гинекологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 20 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Проведена терапия антигипертензивными лекарственными препаратами не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при тяжелой преэклампсии и эклампсии и при артериальном давлении более 140/90 мм. рт. ст. и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено введение Магния сульфата внутривенно медленно не позднее 30 минут от момента поступления (при тяжелой преэклампсии и эклампсии и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                           | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование плода не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при удовлетворительном состоянии)                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена кардиотокография плода не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при сроке беременности более 32 недель (при удовлетворительном состоянии)                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена оценка степени нарушения сознания по шкале Глазко не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена искусственная вентиляция легких (при оценке по шкале Глазго ниже 8 баллов и/или серии судорожных приступов)                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериальное давление, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) (при тяжелой преэклампсии и эклампсии)                                                                                    | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 11.   | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общего билирубина, свободного и связанного билирубина, аспартат-трансаминаза, аланин-трансаминаза, креатинин, мочевая кислота, лактатдегидрогеназа, натрий, калий)                          | Да/Нет            |
| 12.   | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) и/или тромбоэластограмма                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 13.   | Выполнено определение белка в суточной моче                                                                                                                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 14.   | Проведена антигипертензивная терапия антиадренергическими                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | лекарственными препаратами центрального действия и/или селективным блокатором кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды и/или бета-адреноблокаторами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) |        |
| 15. | Проведена антенатальная терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды (при сроке гестации менее 34 недель и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                        | Да/Нет |
| 16. | Выполнено родоразрешение при нарастании тяжести преэклампсии                                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 17. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 18. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |

3.15.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом сепсисе (код по МКБ-10: O85)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                              | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                                        | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                                               | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ, SB, BB, SO <sub>2</sub> , HbO)                                                                                   | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено электрокардиографическое исследование                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                          |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 11. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза) | Да/Нет |
| 12. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                            | Да/Нет |
| 13. | Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                              | Да/Нет |

3.15.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом эндометрите (код по МКБ-10: [O86.8](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации                                                                 | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ мочи общий                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                                        | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                              | Да/Нет            |
| 9.    | Проведена инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                | Да/Нет            |

3.16. Критерии качества при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде

3.16.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при замедленном росте и недостаточности питания плода (код по МКБ-10: [P05](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка физического развития новорожденного по центильным таблицам при рождении | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                               |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 2. | Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденного по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения                                                       | Да/Нет |
| 3. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевины) не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)                          | Да/Нет |
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения                                                                                                 | Да/Нет |
| 6. | Выполнена нейросонография                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 7. | Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа                                                                                                                                       | Да/Нет |

3.16.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при расстройствах, связанных с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении (код по МКБ-10: P07)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman при рождении                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена профилактика гипотермии с использованием пластиковой пленки (пакета) при рождении (при сроке гестации менее 28 недель и/или массе тела при рождении менее 1000 грамм)                                                          | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислородом в крови) в течение не менее 48 часов от момента рождения (у новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении) | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)                                                                     | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)                                                                               | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с подсчетом нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения                                                                                                         | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения (при дыхательной недостаточности)                                                                                                                | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевины) не позднее 24 часов от момента рождения                                            | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                        |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 9.  | Выполнено выхаживание с сохранением температурного баланса до достижения массы тела 1,9 кг и более (при массе тела менее 1,9 кг)       | Да/Нет |
| 10. | Выполнена нейросонография                                                                                                              | Да/Нет |
| 11. | Выполнена эхокардиография (у новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении)                                             | Да/Нет |
| 12. | Выполнена оценка гестационного возраста и физического развития новорожденных по шкале Балларда не позднее 36 часов от момента рождения | Да/Нет |
| 13. | Выполнено измерение массы тела не реже 1 раза в 24 часа                                                                                | Да/Нет |

3.16.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах (коды по МКБ-10: P20; P21)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 10 минуте жизни (при оценке по шкале Апгар ниже 4 баллов на 5 минуте жизни)                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена нейросонография не позднее 72 часов от момента рождения                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена повторная нейросонография не позднее 96 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента рождения                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочеви́на, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента рождения | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не позднее 6 часов от момента рождения или не позднее 5 минут от момента рождения при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов                          | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)                                                                                       | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнено повторное исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по                                                                                                    | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                         |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | шкале Апгар ниже 3 баллов                                                                                                               |        |
| 11. | Выполнена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |

3.16.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при транзиторном тахипноэ у новорожденного (код по МКБ-10: P22.1)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов и повторно не позднее 6, 12 и 24 часов от момента рождения)                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)                                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)                                                                                                      | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)                                         | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часа от момента выявления дыхательных нарушений                                                                                          | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений                                                                                               | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"                                                                                                                                                                | Да/Нет            |

3.16.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при синдроме дыхательного расстройства у новорожденного и первичном ателектазе у новорожденного (коды по МКБ-10: P22.0; P28.0)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                    | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman                                                                                  | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена пульсоксиметрия с мониторингом частоты сердечных сокращений не позднее 1 минуты от момента выявления дыхательных нарушений | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция          | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                           |        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | легких (при наличии медицинских показаний)                                                                                                                                                |        |
| 4. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)                                                                                   | Да/Нет |
| 5. | Выполнено введение сурфакта (при наличии показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                             | Да/Нет |
| 6. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (Ph, PaCO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> , BE) не позднее 3 часа от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman | Да/Нет |
| 7. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman                                                   | Да/Нет |
| 8. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента выявления дыхательных нарушений по шкале Silverman                                                         | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"                                                                                                                                             | Да/Нет |

3.16.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при врожденной пневмонии (код по МКБ-10: P23)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                        | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) при рождении                                                                    | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) в течение 24 часов от момента рождения                                           | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> , BE) не реже 1 раза в 24 часа (при дыхательной недостаточности)                     | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)                   | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено бактериологическое исследование мокроты или трахеального аспирата на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                             | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения                                                      | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                           |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 8.  | Выполнен повторный анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 72 часов от момента предыдущего исследования | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения                                                   | Да/Нет |
| 10. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами                                                                           | Да/Нет |
| 11. | Отсутствие развития синдрома "утечки воздуха"                                                                                             | Да/Нет |

3.16.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неонатальном аспирационном синдроме (коды по МКБ-10: [P24.0](#); [P24.1](#); [P24.2](#); [P24.8](#); [P24.9](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                              | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена оценка функции дыхания по шкале Silverman (для недоношенных) или шкале Downes (для доношенных) (не позднее 2 часов от момента рождения и повторно не позднее 6 часов и 24 часов от момента рождения) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) (при дыхательной недостаточности)                                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , BE) не реже 2 раз в 24 часа (при дыхательной недостаточности)                                            | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)                                         | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено бактериологическое исследование крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам                                                   | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением нейтрофильного индекса не позднее 24 часов от момента рождения                                                                            | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 24 часов от момента рождения                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 8.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами                                                                                                                                                | Да/Нет            |

3.16.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при бронхолегочной дисплазии, возникшей в перинатальном периоде (код по МКБ-10: [P27.1](#))

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

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 2. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 3. | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови) и/или пульсоксиметрия не реже 2 раз в 24 часа                                                                                                             | Да/Нет |
| 4. | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО2, РаО2, ВЕ)                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 5. | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии показаний)                                                                                                        | Да/Нет |
| 6. | Выполнена эхокардиография                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 7. | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы системные глюкокортикостероиды или группы ингаляционные глюкокортикостероиды (при дыхательной недостаточности в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)           | Да/Нет |
| 8. | Выполнено лечение лекарственными препаратами: группы короткодействующие селективные бета 2-адреномиметики ингаляторно или комбинацией лекарственных препаратов группы селективные бета 2-адреномиметики и группы холинолитики (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |

3.16.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутричерепном нетравматическом кровоизлиянии у плода и новорожденного (код по МКБ-10: P52)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения                | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено мониторирование жизненно важных функций (дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, пульса)                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза                                                             | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии                                           | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена повторная нейросонография не позднее 72 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии                                   | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена терапия лекарственными препаратами группы Витамин К и другие системные гемостатики (при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |

|    |                                           |        |
|----|-------------------------------------------|--------|
| 7. | Отсутствие прогрессирования кровоизлияния | Да/Нет |
|----|-------------------------------------------|--------|

3.16.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при геморрагической болезни плода и новорожденного (код по МКБ-10: P53)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                            | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена терапия лекарственными препаратами: группы Витамин К и другие системные гемостатики и/или свежезамороженной плазмой не позднее 30 минут от момента выявления кровоточивости (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением уровня тромбоцитов, гематокрита в крови не позднее 12 часов от момента выявления кровоточивости                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено определение протромбинового времени и/или протромбинового индекса и/или международного нормализованного отношения                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование почек и надпочечников                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена нейросонография                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено введение лекарственных препаратов группы Витамин К или аналогов не более 5 раз в течение 72 часов в период госпитализации                                                                                                                                          | Да/Нет            |

3.16.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при гемолитической болезни плода и новорожденного, водянке плода, обусловленной гемолитической болезнью (коды по МКБ-10: P55; P56)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнено исследование уровня общего билирубина и уровня общего гемоглобина в пуповинной крови у новорожденного при рождении (при отрицательном резус факторе и/или группы крови O(I) у матери) | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено определение основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности у новорожденного в пуповинной крови при рождении                                                        | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) и/или непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса)                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена операция частичного заменного переливания крови не позднее 3 часов от момента рождения (при отечной форме гемолитической болезни)                                                     | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                          |        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5. | Выполнен общий (клинический) анализ крови с определением количества ретикулоцитов                                                                                                        | Да/Нет |
| 6. | Выполнено повторное исследование уровня общего билирубина и определен почасовой прирост общего билирубина не позднее 6 часов и 12 часов от момента рождения                              | Да/Нет |
| 7. | Выполнена фототерапия кожи и/или операция заменного переливания крови после оценки уровня общего билирубина в зависимости от массы тела при рождении (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 8. | Достигнут уровень общего билирубина в крови ниже значений, являющихся показанием для начала фототерапии                                                                                  | Да/Нет |
| 9. | Отсутствие анемии на момент выписки из стационара                                                                                                                                        | Да/Нет |

3.16.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при неонатальной желтухе (коды по МКБ-10: P58; P59)

| N п/п                                                                                                            | Критерии качества                                                                                                                                                                                    | Оценка выполнения |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.                                                                                                               | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, свободный билирубин, связанный билирубин)                                                                                  | Да/Нет            |
| КонсультантПлюс: примечание.<br>Нумерация пунктов в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа. |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 3.                                                                                                               | Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин) (при окрашивании 3-й кожной зоны у недоношенных и 4-й кожной зоны у доношенных новорожденных по шкале Крамера)   | Да/Нет            |
| 4.                                                                                                               | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый с определением количества ретикулоцитов                                                                                                        | Да/Нет            |
| 5.                                                                                                               | Выполнен повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин) не позднее 12 часов от момента предыдущего исследования (при наличии риска развития билирубиновой энцефалопатии) | Да/Нет            |
| 6.                                                                                                               | Выполнена фототерапия и/или заменное переливание крови после оценки уровня общего билирубина с учетом массы тела при рождении (при наличии медицинских показаний)                                    | Да/Нет            |
| 7.                                                                                                               | Достигнут уровень общего билирубина в крови ниже значений, являющихся показанием для начала фототерапии                                                                                              | Да/Нет            |
| 8.                                                                                                               | Отсутствие анемии на момент выписки из стационара                                                                                                                                                    | Да/Нет            |

3.16.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при других нарушениях церебрального статуса (церебральная ишемия) у новорожденного (код по МКБ-10: P91)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена нейросонография не позднее 24 часов от момента установления диагноза                                                                                                                                                                                            | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения нейросонографии                                                                                                                                                                          | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена повторная нейросонография не позднее 48 часов от момента проведения предыдущей нейросонографии                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 24 часов от момента установления диагноза                                                                                                                                                                | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, лактат, мочеви́на, калий, натрий, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, общий белок, общий билирубин, свободный и связанный билирубин) не позднее 24 часов от момента установления диагноза | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ) не позднее 6 часов от момента установления диагноза                                                                                                             | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная искусственная вентиляция легких и/или искусственная вентиляция легких (при наличии медицинских показаний)                                                                                                    | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                   | Да/Нет            |

3.17. Критерии качества при симптомах, признаках и отклонениях от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках

3.17.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при задержке мочи (код по МКБ - 10: R33)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                          | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-урологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                       | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено ультразвуковое исследование мочевого пузыря не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                                                | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером не позднее 1 часа от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)             | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена суправезикальная деривация мочи (цистостомия) не позднее 24 часов от момента поступления в стационар (при невозможности выполнить катетеризацию мочевого пузыря) | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                     |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | уретральным катетером или наличии медицинских противопоказаний)                                                                                     |        |
| 5. | Проведена терапия альфа-адреноблокаторами (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                             | Да/Нет |
| 6. | Выполнено удаление уретрального катетера через 72 часа после назначения терапии альфа-адреноблокаторами катетера (в случае, если он был установлен) | Да/Нет |
| 7. | Выполнена суправезикальная деривация мочи (цистостомия) (при отсутствии самостоятельного мочеиспускания после удаления уретрального катетера)       | Да/Нет |

3.18. Критерии качества при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин

3.18.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при черепно-мозговой травме (коды по МКБ - 10: [S02.0](#); [S06](#); [S07.1](#); [S07.8](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-нейрохирургом и/или врачом-травматологом-ортопедом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго                                                                                                        | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (при оценке по шкале Глазго 9 баллов и ниже)                                                                 | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнен нейромониторинг, мониторинг дыхания, кровообращения, оксигенации крови (при оценке Глазго 8 баллов и ниже)                                                       | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена компьютерная томография головного мозга не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                   | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнена контрольная компьютерная томография или магнитно-резонансная компьютерная томография (при хирургическом вмешательстве по поводу внутричерепной гематомы)        | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие пролежней в период госпитализации                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                          | Да/Нет            |

3.18.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при закрытой травме глаза и глазницы (коды по МКБ - 10: [S00.1](#); [S05.1](#))

| N п/п | Критерии качества                                           | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-офтальмологом не позднее 30 минут от | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
| 2.  | Выполнена биомикроскопия глаза                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 3.  | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 4.  | Выполнена офтальмоскопия глазного дна                                                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено ультразвуковое исследование глаза                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 6.  | Выполнена первичная хирургическая обработка контузионных разрывов склеры не позднее 6 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 7.  | Проведена терапия лекарственными препаратами группы диуретики и/или группы кортикостероиды и/или группы нестероидные противовоспалительные препараты и/или ангиопротекторами и/или группы антиоксиданты и/или ферментами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет |
| 8.  | Достигнуто рассасывание гифемы на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 9.  | Достигнуто рассасывание гемофтальма на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 10. | Достигнуто купирование отека сетчатки на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 11. | Достигнута нормализация внутриглазного давления на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |

3.18.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ожогах глаз (коды по МКБ - 10: T26.0 - T26.8)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Оценка выполнения |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-офтальмологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена биомикроскопия глаза                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена флюоресцеиновая проба                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет            |
| 5.    | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или терапия нестероидными противовоспалительными лекарственными препаратами и/или кортикостероидными лекарственными препаратами и/или стимуляторами репарации и/или кератопротекторами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 6 часов от                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |

|    |                                                                                            |        |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | момента поступления в стационар (при тяжелых и особо тяжелых ожогах)                       |        |
| 7. | Достигнута эпителизация поверхности конъюнктивы и роговицы на момент выписки из стационара | Да/Нет |
| 8. | Достигнуто купирование ишемии сосудов конъюнктивы и лимба на момент выписки из стационара  | Да/Нет |

3.18.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломах костей верхних и нижних конечностей и костей плечевого пояса (коды по МКБ - 10: [S42](#); [S52](#); [S62](#); [S72](#); [S82](#); [S92](#); [T02.2](#) - [T02.6](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-травматологом-ортопедом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                 | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена рентгенография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                       | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено обезболивание не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                          | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография и/или ультразвуковое исследование (при внутрисуставных переломах)                                                           | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена стабилизация и/или репозиция и/или иммобилизация перелома и/или хирургическое вмешательство не позднее 3 часов с момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний) | Да/Нет            |
| 6.    | Достигнута стабилизация и/или репозиция перелома на момент выписки из стационара                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 7.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 8.    | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                    | Да/Нет            |

3.18.5. Критерии 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 качества                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Прекращено поступление предполагаемого аллергена не позднее 30 секунд от момента установления диагноза | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено парентеральное введение эпинефрина не позднее 3 минут от момента установления диагноза       | Да/Нет            |

|    |                                                                                                                                                                                                                 |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 3. | Выполнено парентеральное введение лекарственных препаратов группы системные глюкокортикостероиды не позднее 5 минут от момента установления диагноза                                                            | Да/Нет |
| 4. | Налажен венозный доступ не позднее 10 минут от момента установления диагноза или сохранен венозный доступ в случае внутривенного введения лекарственного препарата, вызвавшего анафилактический шок             | Да/Нет |
| 5. | Выполнена укладка больного в положение лежа на спине под углом 45° с приподнятым по отношению к голове тазом (положение Тренделенбурга) не позднее 1 минуты от момента установления диагноза                    | Да/Нет |
| 6. | Выполнено мониторирование артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений                                                                                                                          | Да/Нет |
| 7. | Стабилизированы гемодинамические показатели: артериальное давление у взрослых и детей старше 10 лет - систолическое выше 100 мм рт. ст., у детей до 10 лет выше 90 мм рт. ст., пульс не реже 60 ударов в минуту | Да/Нет |

3.18.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии алкоголя (код по МКБ - 10: T51)

| № п/п                                                                                                            | Критерии качества                                                                                                                                                                                | Оценка выполнения |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.                                                                                                               | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 15 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.                                                                                                               | Проведен форсированный диурез с ощелачиванием мочи не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                          | Да/Нет            |
| КонсультантПлюс: примечание.<br>Нумерация пунктов в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа. |                                                                                                                                                                                                  |                   |
| 5.                                                                                                               | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ, SB, ВВ, SO <sub>2</sub> , HbO) не позднее 1-го часа от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 6.                                                                                                               | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1-го часа от момента поступления в стационар                                                                                            | Да/Нет            |
| 7.                                                                                                               | Выполнено исследование уровня этанола, метанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар                                                  | Да/Нет            |
| 8.                                                                                                               | Выполнено исследование уровня этанола, метанола в моче (газо-                                                                                                                                    | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | жидкостная хроматография) не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                    |        |
| 9.  | Выполнено исследование уровня 2-пропанола, сивушных масел в крови (газо-жидкостная хроматография)                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 10. | Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 11. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (в состоянии комы)                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 13. | Выполнена оценка гематокрита                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 14. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 15. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, креатинфосфокиназа, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, общий белок, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации | Да/Нет |
| 16. | Выполнен общий анализ мочи                                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 17. | Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 18. | Выполнено внутривенное капельное введение дезинтоксикационных лекарственных препаратов (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 19. | Проведена терапия гепатопротекторами (при повышении аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы и щелочной фосфатазы более чем в 2 раза и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                          | Да/Нет |
| 20. | Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                             | Да/Нет |
| 21. | Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при повышении уровня креатинфосфокиназы и креатинина и мочевины более чем в 2 раза)                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 22. | Достигнута нормализация показателей гомеостаза на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                       | Да/Нет |
| 23. | Достигнуто восстановление сознания на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 24. | Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)                                                                                                                                                                               | Да/Нет |

3.18.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при открытой

травме глаза и глазницы (коды по МКБ-10: S05.2 - S05.8)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                      | Оценка выполнения |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена биомикроскопия глаза                                                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнен флюоресцентный тест Зайделя                                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена рентгенография глазницы                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнена хирургическая обработка раны или инфицированной ткани не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                  | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена терапия лекарственными препаратами: антибактериальные и/или группы нестероидные противовоспалительные и/или группы глюкокортикостероиды и/или группы кератопротекторы (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | Да/Нет            |
| 7.    | Достигнута герметизация раны на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет            |
| 8.    | Достигнуто восстановление передней камеры на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                              | Да/Нет            |
| 9.    | Достигнута нормализация внутриглазного давления на момент выписки из стационара                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |

3.18.8. Вывихи, растяжения и повреждения капсульно-связочного аппарата и мышц конечностей (коды по МКБ-10: S43; S46; S53; S56; S63; S66; S73; S76; S83; S86; S96)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                  | Оценка выполнения |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-травматологом-ортопедом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена рентгенография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                      | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено обезболивание не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                         | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография и/или ультразвуковое исследование (в зависимости от медицинских показаний) | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено устранение вывиха и/или стабилизация и/или иммобилизация и/или хирургическое вмешательство (при наличии от медицинских показаний)        | Да/Нет            |
| 6.    | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами в случае                                              | Да/Нет            |

|    |                                                                            |        |
|----|----------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) |        |
| 7. | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации           | Да/Нет |
| 8. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации           | Да/Нет |

3.18.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломе скуловой кости и верхней челюсти, переломе нижней челюсти (коды по МКБ-10: [S02.4](#); [S02.6](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-челюстно-лицевым хирургом и/или врачом-стоматологом (врачом-стоматологом детским) и/или врачом-травматологом-ортопедом не позднее 2 часов от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнена рентгенография костей лицевого скелета не позднее 3 часов от момента поступления в стационар                                                                                              | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнена репозиция и (или) стабильная фиксация костных отломков                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 4.    | Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                    | Да/Нет            |
| 5.    | Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации                                                                                                                                    | Да/Нет            |

3.18.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлениях противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами и отравлениях психотропными средствами, не классифицированных в других рубриках (коды по МКБ-10: [T42](#); [T43](#))

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Оценка выполнения |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                     | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено определение наличия и уровня лекарственных средств и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в моче не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (pH, PaCO <sub>2</sub> , PaO <sub>2</sub> , BE, SB, BB, SO <sub>2</sub> , HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении тяжелой степени тяжести) | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5.  | Выполнено оценка гематокрита (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 6.  | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)                                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 7.  | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, общий белок, белковые фракции, мочевины, креатинин, амилаза, уровень общего кальция, калия, натрия) (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз) | Да/Нет |
| 8.  | Выполнен анализ мочи общий (при отравлении тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 9.  | Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)                                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 10. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 11. | Выполнена электрокардиография не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (при отравлении трициклическими антидепрессантами и/или амфетаминами не менее 2 раз или мониторингирование)                                                                                                                               | Да/Нет |
| 12. | Выполнена консультация врачом-психиатром (при отравлении амфетаминами, противопаркинсоническими средствами)                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 13. | Выполнено введение специфических антидотов (в зависимости от медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                                                                                   | Да/Нет |
| 14. | Выполнено введение 4% раствора натрия гидрокарбоната внутривенно капельно не позднее 30 минут от момента установления диагноза отравление amitriptилином (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                          | Да/Нет |
| 15. | Проведена терапия лекарственными препаратами группы симптоматические противоядия при отравлении amitriptилином средней и тяжелой степени тяжести (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 16. | Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 17. | Начато проведение форсированного диуреза не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                 | Да/Нет |
| 18. | Выполнено промывание желудка зондовое не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии проведения на догоспитальном этапе)                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 19. | Выполнена энтеросорбция и фармакологическая стимуляция кишечника не позднее 30 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |

|     |                                                                                                                                          |        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)                                                                                       |        |
| 20. | Выполнен кишечный лаваж не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отравлении тяжелой степени тяжести)                   | Да/Нет |
| 21. | Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)                                                   | Да/Нет |
| 22. | Выполнена экстракорпоральная детоксикация (гемодиафильтрация и (или) гемосорбция и (или) гемодиализ) (при наличии медицинских показаний) | Да/Нет |
| 23. | Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций                                                                             | Да/Нет |

3.18.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при токсическом действии окиси углерода (код по МКБ-10: T58)

| № п/п | Критерии качества                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено исследование карбоксигемоглобина в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                             | Да/Нет            |
| 3.    | Выполнено исследование уровня этанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)                                                                                                                                                        | Да/Нет            |
| 4.    | Выполнено исследование уровня этанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 5.    | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)                                                                                                                                                                                         | Да/Нет            |
| 6.    | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , ВЕ, SB, BB, SO <sub>2</sub> , НbО) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести) | Да/Нет            |
| 7.    | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                               | Да/Нет            |
| 8.    | Выполнена оценка гематокрита (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет            |
| 9.    | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, креатинфосфокиназа, общий белок, белковые фракции, амилаза, мочевины, креатинин, калий, натрий, кальций) (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)                                            | Да/Нет            |
| 10.   | Выполнен анализ мочи общий (при отравлении средней и тяжелой                                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет            |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | степени тяжести не менее 2 раз)                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |
| 11. | Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)                                                                                                                                                                                                    | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография органов грудной клетки не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)                                                                                                                                                           | Да/Нет |
| 13. | Выполнена фибробронхоскопия диагностическая не позднее 1 часа от момента поступления в стационар из очага пожара                                                                                                                                                                                                  | Да/Нет |
| 14. | Выполнена электрокардиография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                | Да/Нет |
| 15. | Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при повышении уровня креатинфосфокиназы и креатинина и мочевины более чем в 2 раза)                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 16. | Выполнено введение специфических антидотов (кислород нормобарический и детоксицирующих лекарственных препаратов) не позднее 5 минут от момента поступления в стационар и/или гипербарическая оксигенация не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести) | Да/Нет |
| 17. | Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести и при отсутствии медицинских противопоказаний)                                                                | Да/Нет |
| 18. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование гемостаза) (при отравлении тяжелой степени тяжести)                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 19. | Выполнена искусственная вентиляция легких (при коме)                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 20. | Восстановление сознания, адекватного поведения (у больных, находившихся в коме, токсической энцефалопатии) при условии госпитализации и начала антидотной и патогенетической терапии не позднее 4 - 6 часов после удаления пострадавшего из очага действия окиси углерода                                         | Да/Нет |
| 21. | Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций                                                                                                                                                                                                                                                      | Да/Нет |

3.18.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отравлении наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами] (код по МКБ-10: T40)

| N п/п | Критерии качества                                                                                                                     | Оценка выполнения |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.    | Выполнен осмотр врачом-токсикологом и/или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар | Да/Нет            |
| 2.    | Выполнено определение наличия и уровня лекарственных препаратов и/или психоактивных веществ и/или их метаболитов в                    | Да/Нет            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|     | моче не позднее 24 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |
| 3.  | Выполнено исследование уровня этанола в крови (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 4.  | Выполнено исследование уровня этанола в моче (газо-жидкостная хроматография) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)                                                                                                                                                                               | Да/Нет |
| 5.  | Выполнено исследование уровня глюкозы в крови не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                        | Да/Нет |
| 6.  | Выполнено исследование кислотно-основного состояния крови (рН, РаСО <sub>2</sub> , РаО <sub>2</sub> , BE, SB, BB, SO <sub>2</sub> , HbO) не позднее 1 часа от момента поступления в стационар и повторно не позднее 24 часов от момента предыдущего исследования (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)                       | Да/Нет |
| 7.  | Выполнено исследование уровня миоглобина в моче (при отравлении синтетическими каннабимиметиками и/или при наличии признаков позиционной травмы)                                                                                                                                                                                          | Да/Нет |
| 8.  | Выполнена оценка гематокрита (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)                                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 9.  | Общий (клинический) анализ крови развернутый                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 10. | Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, фракции билирубина, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинфосфокиназа, общий белок, белковые фракции, мочевина, креатинин, амилаза, уровень общего кальция, калия, натрия) (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз) | Да/Нет |
| 11. | Выполнен анализ мочи общий (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести не менее 2 раз)                                                                                                                                                                                                                                              | Да/Нет |
| 12. | Выполнена рентгенография черепа не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (при нарушении сознания)                                                                                                                                                                                                                            | Да/Нет |
| 13. | Выполнено рентгенография органов грудной клетки не позднее 2 часов от момента поступления в стационар                                                                                                                                                                                                                                     | Да/Нет |
| 14. | Выполнена электрокардиография не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар (при отравлении кокаином не менее 2 раз или мониторинг)                                                                                                                                                                                             | Да/Нет |
| 15. | Выполнена консультация врачом-психиатром (при отравлении психодислептиками и/или синтетическими каннабимиметиками и/или кокаином)                                                                                                                                                                                                         | Да/Нет |
| 16. | Выполнено введение лекарственных препаратов группы симптоматические противоядия и/или искусственная вентиляция легких не позднее 3 минут от момента поступления в стационар (при отравлении опиоидами, сопровождающемся нарушением дыхания и/или комой)                                                                                   | Да/Нет |

---

|     |                                                                                                                                                                                 |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 17. | Проведена терапия производными бензодиазепина (при отравлении психодислептиками и/или синтетическими каннабимиметиками и/или кокаином и при наличии психомоторного возбуждения) | Да/Нет |
| 18. | Начато проведение форсированного диуреза с ощелачиванием мочи не позднее 1 часа от момента поступления в стационар                                                              | Да/Нет |
| 19. | Выполнен кишечный лаваж (при отравлении метадоном)                                                                                                                              | Да/Нет |
| 20. | Проведена терапия лекарственными препаратами для коррекции водно-электролитных расстройств                                                                                      | Да/Нет |
| 21. | Выполнено введение лекарственных препаратов янтарной кислоты для парентерального введения (при отравлении средней и тяжелой степени тяжести)                                    | Да/Нет |
| 22. | Выполнена искусственная вентиляция легких при коме (при наличии медицинских показаний)                                                                                          | Да/Нет |
| 23. | Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование гемостаза) (при отравлении тяжелой степени тяжести)                                                                       | Да/Нет |
| 24. | Достигнуто устойчивое восстановление жизненно важных функций                                                                                                                    | Да/Нет |

---