

**ДОРОЖНАЯ КАРТА
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКИЙ МАКУЛЯРНЫЙ ОТЕК (ДМО) (МКБ-10 – Н36.0 ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ
(E10-E14+ С ОБЩИМ ЧЕТВЕРТЫМ ЗНАКОМ .3) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА ПАЦИЕНТОВ**

Направление предлагаемых мероприятий	Исполнитель	Предлагаемое решение	Обоснование и ожидаемый результат
<p>1. Создание условий для своевременной диагностики ДМО, мониторинга и учета пациентов</p>	<p>Минздрав России, Минобрнауки России</p>	<p>1. Внести следующие изменения в порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»:</p> <p>1) дополнить новым пунктом следующего содержания:</p> <p>«___. Порядок маршрутизации пациентов с эндокринологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи определяется органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья с учетом права граждан на выбор медицинской организации и в том числе включает:</p> <p>перечень участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь пациентам с эндокринологическими заболеваниями, по видам, условиям и формам оказания медицинской</p>	<p>Во многих субъектах Российской Федерации отсутствуют региональные акты, определяющие порядок маршрутизации пациентов с эндокринологическими заболеваниями, что снижает доступность и своевременность оказания необходимой медицинской помощи. Еще более актуальна проблема для пациентов, имеющих сопутствующие заболевания, осложнения, относящиеся к иным профилям оказания медицинской помощи.</p> <p>При этом в отсутствие четких требований на федеральном уровне об организации маршрутизации в регионе, отдельные региональные органы здравоохранения субъектов РФ или главные внештатные специалисты регионов возможно недооценивают важность правильной организации процесса, что в итоге приводит к низкой доступности офтальмологической помощи ввиду кадрового дефицита / отсутствия специалистов, удаленности помощи от места проживания пациента. Отсутствие маршрутизации может приводить к прерыванию лечения, нарушению сроков введения препаратов и</p>

		<p>помощи с указанием их местонахождения (адреса);</p> <p>схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с эндокринологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>схему территориального закрепления медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара пациентам с эндокринологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>перечень участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь пациентам с осложнениями эндокринологических заболеваний, относящимися к иным профилям медицинской помощи.»;</p> <p>2) изложить абзац третий пункта 9 Правил организации деятельности регионального (краевого, республиканского, областного, окружного) эндокринологического центра в следующей редакции «офтальмологический</p>	<p>увеличению запущенных тяжелых форм заболевания.</p> <p>Включение положений о возможности оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий направлено на повышение доступности высококвалифицированной медицинской помощи.</p>
--	--	---	--

		<p>кабинет, организованный в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, с учетом стандарта оснащения, предусмотренного разделом 1 Приложения № 9 к указанному порядку, с лазерной операционной и операционной для интравитреального введения лекарственных препаратов», либо дополнить Правила организации деятельности регионального (краевого, республиканского, областного, окружного) эндокринологического центра отдельным стандартом оснащения офтальмологического кабинета регионального эндокринологического центра, предусматривающим оборудование для диагностики диабетической ретинопатии, диабетического макулярного отека (включая ОКТ), и интравитреального введения лекарственных препаратов;</p> <p>3) обеспечить синхронизацию маршрутов оказания медицинской помощи пациентам с ДМО, закрепленную в порядках оказания медицинской помощи пациентам с эндокринологическими и офтальмологическими заболеваниями.</p> <p>2. Учесть предложения, указанные в подп.1 п.1 настоящей ячейки, при подготовке новой редакции порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология».</p> <p>3. Минздраву России, ЦЭКМП Минздрава России в рамках приведения стандартов медицинской помощи при сахарном диабете в соответствие с новыми клиническими рекомендациями по сахарному диабету обеспечить включение в</p>	<p>Согласно Клиническим рекомендациям «Сахарный диабет 1 типа» рекомендуется не позднее, чем через 5 лет от дебюта заболевания, далее не реже 1 раза в год, консультация врача-офтальмолога, включающая, как минимум, биомикроскопию глаза и глазного дна под мидриазом.</p> <p>В Клинических рекомендациях «Сахарный диабет 2 типа» предусмотрена консультация врача-офтальмолога при постановке диагноза, далее не реже 1 раза в год, при этом как минимум должна</p>
--	--	--	---

		<p>раздел «Инструментальные методы исследования» офтальмологических исследований, предусмотренных клиническими рекомендациями в качестве обязательных для всех пациентов (визометрии, биомикроскопии переднего отрезка глаза, биомикроскопии глазного дна под мидриазом, офтальмотонометрии), с показателями кратности и частоты применения, соответствующими клиническим рекомендациям.</p>	<p>быть проведена биомикроскопия глазного дна в условиях мидриаза.</p> <p>Консультация врача-офтальмолога с биомикроскопией глаза и глазного дна под мидриазом не реже 1 раза в год включена и в критерии оценки качества медицинской помощи.</p> <p>Однако, в стандартах медицинской помощи взрослым при СД как 1, так и 2 типа вообще не предусмотрены какие-либо офтальмологические инструментальные исследования.</p> <p>Клиническими рекомендациями по сахарному диабету у детей предусмотрено ежегодное, начиная с возраста 11 лет, при длительности заболевания 2-5 лет проведение осмотра и консультации врача-офтальмолога с целью своевременного выявления ДР.</p> <p>В то же время, действующие стандарты медицинской помощи, во-первых, содержат не весь перечень инструментальных методов исследований, во-вторых, имеют внутренние противоречия. Например, Стандарт медицинской помощи детям при сахарном диабете 1 типа предусматривает для услуги «Прием врача-офтальмолога первичный» усредненный показатель частоты предоставления 0,5 (т.е. 50% пациентов), для повторного – 0,125 (12,5% пациентов), в то же время, усредненный показатель частоты предоставления услуг «Офтальмоскопия», «Осмотр периферии глазного дна с использованием трехзеркальной линзы Гольдмана», «Биомикрофотография глазного дна с использованием фундус-камеры» составляет 1 (т.е.100% пациентов). Таким образом, непонятно, кем (каким специалистом) будут проводиться</p>
--	--	--	---

		<p>6. Российской ассоциации эндокринологов совместно с Ассоциацией врачей-офтальмологов рассмотреть вопрос об усилении междисциплинарного взаимодействия в целях повышения уровня диагностики ДМО, в том числе рассмотреть возможность организации доступа специалистов офтальмологического профиля к данным Федерального регистра больных сахарным диабетом.</p> <p>7. В рамках создания ВИМИС «Сахарный диабет» обеспечить возможность доступа к данным и внесения сведений специалистами по профилю осложнений сахарного диабета (офтальмологи, кардиологи, нефрологи и проч.).</p> <p>7. Минобрнауки России, Минздраву России, организациям высшего профессионального образования медицинского профиля обеспечить разработку образовательных специализированных</p>	<p>инструментальные офтальмологические исследования, если частота приема офтальмолога в два и более раза ниже частоты исследований.</p> <p>В ходе аудита медицинскими специалистами офтальмологического профиля, в качестве одной из проблем, было отмечено отсутствие доступа к данным Федерального регистра больных сахарным диабетом, что снижает возможности по эффективной организации своевременного оказания медицинской помощи эндокринологическим пациентам с осложнениями офтальмологического профиля.</p> <p>В рамках проведенного исследования «Оценка организации и доступности медицинской помощи пациентам с диабетическим макулярным отеком» установлено, что у 82,3% респондентов диабетический макулярный отек впервые был выявлен, когда они самостоятельно пришли к офтальмологу, почувствовав ухудшение зрения. Только у 16,8% пациентов ДМО был выявлен в ходе регулярного осмотра у офтальмолога при контроле состояния органа зрения пациента.</p> <p>Образовательные мероприятия по диагностике и лечению осложнений сахарного диабета в рамках НМО позволят повысить уровень знаний врачей первичного звена и создадут условия для повышения эффективности реализации федеральной программы по борьбе с сахарным диабетом.</p> <p>Также недостаточный уровень диагностики ДМО обусловлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отсутствием четких схем маршрутизации
--	--	---	---

		<p>курсов с целью повышения квалификации врачей общей врачебной практики, врачей-эндокринологов первичного звена для повышения настороженности врача относительно офтальмологических осложнений сахарного диабета в рамках курсов НМО с привлечением специалистов НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца, МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.</p> <p>8. Минздраву России совместно с ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», профильными ассоциациями эндокринологов и офтальмологов рассмотреть вопрос о применении дополнительного знака в рамках применения МКБ-10 для кодов E10.3, E11.3 для возможности учета диабетического макулярного отека отдельно от иных нарушений органов зрения при диабете, разработать и направить в профильные медицинские организации рекомендации по единым подходам к кодированию диабетического макулярного отека (до пересмотра клинических рекомендаций).</p>	<p>пациентов на региональном уровне; - отсутствием преемственности эндокринологической и офтальмологической служб.</p> <p>В настоящее время кодирование диабетической ретинопатии возможно по 5 кодам МКБ-10: N36.0 – диабетическая ретинопатия E10.3 – СД I типа, с поражениями глаз E11.3 - СД II типа, с поражениями глаз E10.7, E11.7 – СД с множественными осложнениями Отдельная кодировка для ДМО в МКБ-10 отсутствует, что приводит к отсутствию возможности учета заболеваемости и распространенности ДМО. Предлагаем внести возможность единого подхода к кодированию ДМО.</p>
<p>2. Организация офтальмологической службы в регионах</p>	<p>Минздрав России, Минтруд России, Минобрнауки России, Росздравнадзор, Ассоциация врачей-офтальмологов</p>	<p>1. Минздраву России, Росздравнадзору обратить внимание органов управления здравоохранением регионов на необходимость соблюдения порядков оказания медицинской помощи, включая Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, утвержденный</p>	<p>1. К основным проблемам, препятствующим своевременной диагностике ДР и ДМО, эксперты, опрошенные в рамках исследования ВСП, отнесли, в том числе, отсутствие необходимого оборудования для диагностики и лечения заболевания, предусмотренного порядками оказания медицинской помощи. Усиление</p>

		<p>приказом Минздрава России от 12.11.2012 №902н, в том числе, в части стандартов оснащения медицинских организаций, обратив внимание, на то, что нарушение стандартов оснащения, является, в том числе, нарушением лицензионных требований со стороны медицинских организаций.</p> <p>2. Органам управления здравоохранением регионов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести оценку соответствия оснащения медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «Офтальмология», требованиям приказа Минздрава России от 12.11.2012 №902н; - обеспечить создание в регионе сети офтальмологических консультативно-диагностических центров, исходя из транспортной доступности для населения региона и рекомендуемых штатных нормативов в расчете на численность населения, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, обеспечив оснащение оборудованием в соответствии с утвержденным стандартом оснащения; - рассмотреть возможность создания Центра медицинского офтальмологического (при отсутствии) в соответствии с Приложением 15 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, утвержденному приказом Минздрава России от 12.11.2012 №902н. При нецелесообразности создания Центра (с учетом структуры заболеваемости и численности пациентов) обеспечить условия для маршрутизации пациентов в офтальмологические 	<p>контроля за оснащением медицинских организаций позволит выявить «отстающие» медицинские организации и перенаправить финансирование на материально-техническое обеспечение медицинских организаций, исходя из необходимости обеспечения равной доступности медицинской помощи для всех пациентов вне зависимости от территории проживания.</p> <p>2. Во многих регионах отсутствует регламентированный порядок маршрутизации пациента с СД для получения медицинской помощи по профилю, соответствующему профилю осложнения, что влечет невозможность своевременного получения медицинской помощи, ухудшение состояния пациентов и не позволит эффективно реализовать федеральный проект по борьбе с СД. Региональные приказы по маршрутизации с распределением зон ответственности медицинских организаций различного профиля и предельными сроками этапов маршрута пациента позволят снизить вышеизложенные риски.</p>
--	--	---	--

		<p>центры соседних регионов.</p> <p>- установить (путем издания приказа органа управления здравоохранением или иным образом) порядок маршрутизации пациентов с подозрениями на осложнения сахарного диабета для диагностики и получения терапии по профилю осложнения. Например, при выявлении признаков ДМО: направление в эндокринологический центр для проведения ОКТ, далее статистический учет пациента с подтвержденным диагнозом, направление для получения интравитреальной терапии, либо включение в лист ожидания для получения интравитреальной терапии.</p> <p>3. Минздраву России с привлечением Ассоциации врачей-офтальмологов провести оценку достаточности норм времени на одно посещение пациентом врача-офтальмолога, установленных в подп. «е» п. 3 Типовых отраслевых норм времени, утвержденных приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н, и обеспечить их увеличение, исходя из реальной обоснованной потребности.</p>	<p>3. В рамках аудита отмечено, что установленные нормативы времени недостаточны для полноценного осмотра пациента.</p> <p>Пунктом 3 Типовых отраслевых норм времени, утвержденных приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н, установлены нормы времени на одно посещение пациентом врача-офтальмолога в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации, составляющие до 35% нормы времени), равные 14 минутам.</p> <p>Более того, нормы времени на посещение одним пациентом врача-специалиста с профилактической целью устанавливаются в размере 60 - 70% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием (п. 6 Типовых отраслевых норм</p>
--	--	--	--

		<p>4. Дополнить Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты положениями о возможности осуществления телемедицинских консультаций, в том числе, в рамках взаимодействия региональных медицинских организаций первого уровня с региональными медицинскими организациями второго уровня.</p>	<p>времени), что оставляет врачу не более 8,5 - 10 минут на весь прием пациента.</p> <p>Применение корректирующих коэффициентов, предусмотренных пунктом 7 Типовых отраслевых норм времени может дополнительно снизить нормы времени для конкретного врача.</p> <p>Однако, именно те методы исследования, которые проводит врач-офтальмолог занимают большую часть времени приема, как правило, традиционный осмотр при помощи нескольких офтальмологических приборов (авторефрактометрия, осмотр с помощью щелевой лампы, тонометрия, визометрия, осмотр глазного дна) в условиях циклоплегии, требуют наличие хотя бы 10 минут для расширения зрачка, с целью детального осмотра глазного дна и повышения эффективности диагностики глазных заболеваний. Таким образом, действующие нормы времени, включающие время на оформление документации, просто не позволяют провести осмотр пациента с применением методов диагностики, предусмотренных клиническими рекомендациями.</p> <p>4. Развитие телемедицинских консультаций «врач-врач» и «врач-врач+пациент» между организациями разного уровня одного региона, позволит приблизить медицинскую помощь к пациенту и обеспечить своевременную постановку диагноза и определение тактики лечения без избыточного направления пациентов в медицинские организации высшего уровня в отсутствие медицинской необходимости.</p>
--	--	--	---

<p>3. Совершенствование финансового обеспечения медицинской помощи пациентам с ДМО</p>	<p>Правительство Российской Федерации, Минздрав России, Федеральные научные лечебные центры, Федеральный Фонд ОМС, главные внештатные специалисты</p>	<p>1. С привлечением профильных научных медицинских исследовательских центров провести оценку рекомендуемых объемов специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «Офтальмология» (Приложение 11 к письму Минздрава России от 31 января 2024 г. N 31-2/И/2-1602) на соответствие реальной потребности с учетом курсового характера терапии в течение продолжительного времени.</p> <p>2. Рассмотреть возможность включения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - КСГ «Операции на органе зрения (уровень 5)» в Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложение 5 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования). - КСГ дневного стационара «Операции на органе зрения (уровень 5)» в перечень КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики (Таблица 1 пункта 3.3 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования). <p>3. Рассмотреть включение оптической когерентной томографии в число отдельных диагностических исследований, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу), предусмотренных базовой программой</p>	<p>1. В рамках аудита, проведенного Всероссийским союзом пациентов, отмечены следующие ключевые проблемы финансирования оказания медицинской помощи пациентам в ДМО:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в регионах ощущается острый дефицит объемов специализированной медицинской помощи по профилю «Офтальмология», выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий, что является серьезным барьером для оказания плановой и экстренной помощи соответствующей группе пациентов; - существующие тарифы на оплату в рамках КСГ дневного стационара в большинстве регионов менее или равны стоимости одной упаковки ингибитора ангиогенеза и не покрывают затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи; - в отдельных регионах применяется понижающий коэффициент специфики ниже 1 (вплоть до 0,8) к КСГ дневного стационара, включающей интравитреальное введение лекарственных препаратов, а также применяются понижающие коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации, что существенно (снижает стоимость законченного случая даже ниже стоимости лекарственного препарата, что дополнительно демотивирует медицинские организации к применению интравитреальных инъекций и вынуждает делить одну упаковку на несколько пациентов, что не соответствует инструкциям по медицинскому применению препаратов, несет дополнительные медицинские риски для пациентов и юридические риски для медицинских
---	---	--	---

		<p>обязательного медицинского страхования (раздел IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), с установлением субъектами Российской Федерации нормативов объема и нормативов финансовых затрат на единицу объема проведения соответствующего исследования.</p>	<p>организаций.</p> <p>- отсутствие в большинстве регионов отдельных амбулаторных тарифов на ОКТ и выделенных нормативов объемов, что вызывает снижение доступности исследований ввиду отсутствия средств для своевременного технического обслуживания и ремонта оборудования, а также ограничивает применение межучрежденческих и межтерриториальных расчетов в случае необходимости направления пациента на исследование в другую медицинскую организацию в данном или ином регионе.</p>
<p>4. Контроль и мониторинг за качеством медицинской помощи</p>	<p>Минздрав России, Федеральный Фонд ОМС, Росздравнадзор, региональные государственные органы управления здравоохранения, главные специалисты</p>	<p>1. Подготовить и внести дополнения в Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» предусматривающие усиление контроля за впервые обратившимися за медицинской помощью пациентами, предусмотреть механизм контроля за исполнением назначения первичного амбулаторного звена и дальнейшим мониторингом за данной группой пациентов.</p> <p>2. Органам управления здравоохранения субъектов Российской Федерации, территориальным управлениям Росздравнадзора организовать системный мониторинг оказания медицинской помощи, включая эффективность проводимой терапии в регионах по профилю</p>	<p>Необходимо осуществлять контроль и мониторинг за этапами лечения впервые обратившихся за медицинской помощью пациентов, их соответствия клиническим рекомендациям, должна быть разработана система контроля регистрации и наблюдения за пациентом в системе ОМС. Таким образом, зафиксировав пациента с момента его обращения в первичное амбулаторное звено система будет отслеживать перемещения пациента и оказание ему своевременной медицинской помощи.</p> <p>В ходе исследования в числе проблем были отмечены в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушения рекомендуемого режима интравитреального введения препаратов и продолжительности лечения, нарушение дозировок ЛП; - назначение ГКС в качестве терапии 1-ой линии вопреки клиническим рекомендациям по причинам, связанным с медико-социальными

		<p>«Офтальмология», в том числе за осуществлением интравитреального введения лекарственных препаратов, препятствующих новообразованию сосудов, с учетом требований актуальной редакции клинических рекомендаций.</p>	<p>проблемами (территориальной отдаленностью пациента от медицинского учреждения, неготовностью пациента пройти весь курс инъекций, нехваткой региональных квот)</p> <ul style="list-style-type: none"> - увеличение объемов помощи с использованием ИВВ ЛП зависят от субъективной позиции руководителей медицинских организаций, - медицинские организации ориентируются на обеспечение объемов помощи за счет количества пациентов, которым назначены ИВИ, а не необходимого для результативного лечения числа инъекций одному пациенту. Т.е. необходима оценка качества медицинской помощи, исходя из количества пролеченных пациентов в год, получивших полный курс терапии. <p>Внедрение системы контроля позволит снизить уровень ошибок со стороны медицинских организаций и повысить эффективность медицинской помощи, а также рационально расходовать бюджетные средства.</p>
<p>5. Создание регуляторных условий для адаптации пациентов к жизни с заболеванием и реабилитации</p>	<p>Минздрав России, Российская ассоциация эндокринологов</p>	<p>В рамках пересмотра Клинических рекомендаций по сахарному диабету организовать с привлечением профильных специалистов (ассоциаций) по реабилитации и психологии, а также профильных медицинских специалистов по соответствующим осложнениям СД, включение в рекомендации методов медицинской, социальной, психологической и физической реабилитации, эрготерапии.</p>	<p>Проблемы, с которыми сталкиваются слабовидящие люди в целом можно рассматривать как отсутствие адаптации к окружающей среде и психологической, и физической, и социальной в связи с развитием болезни сетчатки глаз. Именно поэтому возникает необходимость расширения спектра реабилитационных мероприятий и оказания своевременной помощи таким пациентам.</p> <p>Действующая редакция клинических рекомендаций не содержит методов реабилитации пациентов с ДР и ДМО, что препятствует созданию условий для включения необходимых пациентам методов</p>

			реабилитации в индивидуальные программы реабилитации (абилитации) пациентов (ИПРА) и получению соответствующих услуг в рамках государственной социальной помощи
6. Информирование пациентов о заболевании, профилактике и лечении ДМО	Минздрав России, ВСП, региональные государственные органы управления здравоохранением, главные специалисты	<p>1. Обобщить опыт, разработать и систематизировать учебные материалы для пациентов с ДР и ДМО и их родственников.</p> <p>2. Обеспечить в рамках школ диабета с сахарным диабетом распространение информации о ДР и ДМО и иных осложнениях диабета, в том числе, предусмотреть участие профильных врачей-специалистов в мероприятиях для пациентов (диабетологов, офтальмологов, нефрологов, кардиологов, ангиохирургов, ортопедов).</p>	<p>В большинстве регионов действуют школы пациентов для больных сахарным диабетом (школы диабета), при этом школы ориентированы в большей мере на обучение навыкам самоконтроля гликемии. В то же время, уровень знаний пациентов о возможных осложнениях СД, их симптоматике, профилактике и лечении крайне ограничен, что влечет позднее обращение к профильным специалистам и недостаточный уровень приверженности лечению.</p> <p>Повышение уровня осведомленности пациентов о заболевании и его осложнениях является необходимым для реализации федерального проекта по борьбе с сахарным диабетом.</p> <p>Неосознанное отношение пациентов с СД к своему здоровью (отсутствие контроля уровня гликемии) и нарушение регулярности диспансерного наблюдения по вине пациентов, недостаточная информированность пациентов о природе диабетического поражения глаз и возможности развития макулярного отека являются важными факторами риска ухудшения состояния пациентов</p>