**Схема амбулаторного наблюдения больных муковисцидозом**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид обследования  | Плановый визит(каждые 3 мес.) | Каждые 6 месяцев | Ежегодно |
| Спирометрия\*\*\* | **+** |  |  |
| Пульсоксиметрия | **+** |  |  |
| ОАК | **+** |  |  |
| Биохимический анализ крови\*\*\* |  | **+** |  |
| 25 OH D3 |  | **+** |  |
| Тест толерантности к глюкозе, суточное мониторирование гликемии\*\*\* |  |  | **+** |
| Микробиологический анализ мокроты | **+** |  |  |
| Копрология | **+** |  |  |
| Эластаза кала 1 \*  |  |  | **+** |
| ЭКГ, ЭХО- КГ |  |  | **+** |
| Бодиплетизмография\*\*\* |  |  | **+** |
| УЗИ органов брюшной полости |  |  | **+** |
| Рентгенография |  |  | **+** |
| КТ органов грудной клетки (с 5 лет или по показаниям)  |  |  | **+** |
| КТ пазух носа (с 5 лет) |  |  | **+** |
| Остеоденситометрия\*\*\* |  |  | **+** |
| Консультация ЛОР |  | **+\*\*** |  |
| ФГДС |  |  | **+** |
| Консультация диетолога | **+** |  |  |
| Консультация психолога | **+** |  |  |
| Контроль навыков кинезитерапии и использования дыхательных тренажеров  | **+** |  |  |
| Консультация гастроэнтеролога |  | **+** |  |
| Рекомендации по лекарственному обеспечению, внесение изменений в региональный реестр по лекарственному обеспечению | **+** |  |  |
| Годовой эпикриз (выписка на МСЭ)  |  |  | **+** |
| Подписание информированного согласия и внесение данных больного в национальный регистр |  |  | **+** |