

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УЗБЕКИСТАНА В ЛОГИКЕ СТРАТЕГИИ «УЗБЕКИСТАН – 2030»: ПРОБЛЕМЫ И ПРЕДСТОЯЩИЕ ЗАДАЧИ

Алимов А.В., Халимова З.Ю., Фахрутдинова С.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, г. Ташкент

XULOSA

Dolzarbliigi. Endokrin kasalliklar profilaktikadan boshlab uzoq muddatli davolashgacha uzluksiz bemor marshrutini talab qiladi.

Maqsad. Yangilangan «O'zbekiston – 2030» strategiyasi doirasida endokrinologik xizmat rivojlanishini baholash. Asosiy qoidalar. Strategiya erta aniqlash, davolash, semizlik profilaktikasi va raqamlashtirish bo'yicha o'lganadigan maqsadlarni belgilaydi. PQ-102-son qaror va keyingi hujjatlar xizmat vertikali, jihozlash va kadrlar tayyorlashni mustahkamladi, kafolatlangan paket, DMED, situatsion markazlar, bemor marshrutlari, elektron retsept va reimbursatsiyani joriy etdi. Hududiy kadrlar tanqisligi, reagent va dorilar mavjudligi hamda ma'lumotlar sifati asosiy cheklovlaridir.

Xulosa. Boshqariladigan xizmat asosi yaratildi; navbatdagi bosqich barcha hududlarda bir xil natijadorlikni ta'minlashi lozim.

Kalit so'zlar: endokrinologik xizmat, O'zbekiston – 2030, kadrlar, DMED, situatsion markaz, skrining, reimbursatsiya.

Эндокринологическая служба является одним из индикаторов зрелости здравоохранения: хроническому пациенту необходима непрерывная цепочка выявления, лечения и наблюдения. Поэтому обновлённая Стратегия «Узбекистан – 2030», утверждённая Указом Президента Республики Узбекистан № УП-21 от 16 февраля 2026 года, имеет фундаментальное значение для эндокринологии. Она вводит логику «цель – действие – результат», цифровой мониторинг и персональную ответственность руководителей [7].

СТРАТЕГИЯ, КОТОРАЯ СМОТРИТ ВПЕРЕД

В Стратегии задачи эндокринологии встроены в общенациональную профилактику неинфекционных заболеваний, развитие первичной помощи и цифрового здравоохранения. К 2030 году раннее выявление диабета среди лиц 40 лет и старше должно вырасти с 40 до 70%, охват лечением – с 92 до 100%, распространённость ожирения среди лиц 18–69 лет не должна превышать 23,2%, цифровизация медицинских учреждений должна достигнуть 100% [7]. Для эндокринологической службы это означает смещение акцента на ранний метаболический риск: ожирение, нарушения углеводного обмена и предиабет должны выявляться до формирования осложнений, а коррекция питания, физической активности и массы

SUMMARY

Background. Endocrine disorders require a continuous pathway from prevention to long-term treatment.

Objective. To assess Uzbekistan's endocrinology service in the context of the updated Uzbekistan 2030 Strategy.

Key points. The Strategy defines measurable targets for early detection, treatment, obesity prevention and digitalization. Resolution PQ-102 and subsequent regulations strengthened the organizational structure, infrastructure and workforce and introduced the guaranteed package, DMED, situation centers, patient pathways, electronic prescriptions and reimbursement. Remaining constraints include territorial workforce gaps, variable availability of reagents and medicines, and data quality.

Conclusion. The foundations of a managed service are in place; the next stage should ensure comparable results across regions.

Keywords: endocrinology service, Uzbekistan 2030, workforce, DMED, situation center, screening, reimbursement.

тела – начинаться уже на этапе риска.

С позиции эндокринологии принципиальна непрерывность: риск выявляется в первичном звене, диагноз своевременно подтверждается, пациент получает лечение, обучение и последующее наблюдение. Такой подход особенно важен при ожирении, предиабете и сахарном диабете, где модификация образа жизни является не отдельной рекомендацией, а частью профилактики прогрессирования метаболических нарушений.

ОНЛАЙН-ШКОЛА ДИАБЕТА: ОБУЧЕНИЕ КАК ЧАСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

В действующей модели акцент сделан не на сетевых «школах диабета», а на онлайн-формате обучения. Его задача – сделать стандартизированное обучение доступным независимо от места проживания пациента: самоконтроль гликемии, питание и физическая активность, правильное применение сахароснижающих препаратов и инсулина, распознавание и профилактика гипо- и гипергликемии, уход за стопами, приверженность лечению и своевременное прохождение обследований на осложнения. Для СД1 обучение является обязательной частью безопасной инсулинотерапии; при СД2 – инструментом длительного изменения поведения и повышения самостоя-

тельности пациента. Онлайн-школа дополняет, но не заменяет индивидуальное обучение врачом и медицинской сестрой.

Ресурсная база включает бесплатное обеспечение инсулином около 75 тыс. пациентов за счёт более 40 млрд сумов, укрепление 14 территориальных учреждений примерно на 200 млрд сумов и оборудование стоимостью 3,3 млн долларов США [8]. Постановление Кабинета Министров №382 от 19 июня 2025 г. закрепило в гарантированном пакете определение глюкозы, HbA_{1c}, а при наличии возможности – ТТГ, Т3 и Т4 [1]. Следующая задача – устойчивое обеспечение реагентами, контроль качества и лабораторная логистика.

КАДРЫ: ДЕФИЦИТ ПРИЗНАН И ВОСПОЛНЯЕТСЯ.

ПК-102 предусмотрел переподготовку эндокринологов, интернатуру, подготовку научных кадров, обучение врачей и сестёр первичного звена и зарубежные стажировки [8]. Это позволяет одновременно укреплять специализированное звено и расширять компетенции первичной помощи.

Дефицит кадров остаётся территориально неравномерным. В Ташкентской области вакантны 25,75 из 98,75 ставок (26,1%), в Наманганской области – 6,75 из 77,5 ставок (8,7%). Значительная часть вакансий приходится на районы, где обеспеченность детскими эндокринологами ниже, чем взрослыми специалистами [11]. Приоритеты – единый кадровый регистр, подготовка по территориальной потребности, кураторство и закрепление специалистов в районах.

НАУКА, ИННОВАЦИИ И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО.

Наука является одним из ключевых инструментов развития современной эндокринологической службы. Профилактические программы, клинические маршруты, цифровые решения и новые диагностические технологии должны опираться на результаты исследований и обеспечивать их последующий перенос в практическое здравоохранение. Именно поэтому в 2025–2026 годах в РСНПМЦ эндокринологии имени академика Ё. Х. Туракулова особое внимание уделялось подготовке научных кадров, проведению прикладных исследований, развитию инноваций и внедрению их результатов в практику.

За данный период сотрудниками Центра и его филиалов состоялась защита 20 диссертационных работ, из них 15 на соискание ученой степени PhD и 5 – DSc. Исследования охватывают ключевые направления эндокринологии: диабетологию и её осложнения, нейроэндокринологию, тиреолологию, репродуктивную и детскую эндокринологию, метаболические нарушения. До конца 2026 года дополнительно запланированы 15 защит PhD и 2 DSc, что свидетельствует о последовательном формировании собственного научного и кадрового потенциала службы.

Важной составляющей научной деятельности остаётся трансляция результатов в клиническую и

образовательную практику. Опубликовано 57 статей и 38 тезисов, подготовлены 13 методических рекомендаций, 3 монографии, 4 патента и свидетельства, учебник и 10 учебных программ; 6 прикладных разработок.

Значительная часть исследований ориентирована непосредственно на практические потребности эндокринологии. Реализуется прикладной проект по биологическому мониторингу групп риска йододефицита и совершенствованию алгоритмов диагностики и лечения. Новая научно-технологическая база формируется за счёт внедрения УЗИ-эластографии, фондус-камеры для раннего выявления диабетической ретинопатии и FibroScan для неинвазивной оценки поражения печени при метаболических нарушениях. Тем самым научные разработки становятся частью профилактической модели службы – от выявления риска и ранней диагностики до предупреждения осложнений.

Развивается направление цифровой и персонализированной эндокринологии. На стадии научной экспертизы находятся два проекта с использованием искусственного интеллекта: AI-NEMO UZ для оценки нейроэндокринного, поведенческого и метаболического риска и персонализированная AI-платформа для ранней диагностики, прогнозирования и мониторинга надпочечниковой недостаточности. Эти разработки отражают перспективный переход от констатации уже сформировавшейся патологии к прогнозированию индивидуального риска и своевременному профилактическому вмешательству.

Научный потенциал Центра усиливается международным сотрудничеством, проведением научно-практических конференций, семинаров и мастер-классов, профессиональными обзорами и совместной работой с зарубежными партнёрами. Только за истекший период 2026 года подписано 10 меморандумов и соглашений, пять из них – с иностранными организациями, проведено 25 научно-практических мероприятий. Следующая задача – трансформировать международные связи в многоцентровые исследования, совместные гранты, публикации высокого уровня, подготовку исследователей и внедрение полученных результатов в регионах.

Таким образом, наука должна выступать не отдельным направлением деятельности центра, а одним из основных механизмов модернизации всей эндокринологической службы. Её конечная задача – превращать результаты исследований в новые технологии профилактики, ранней диагностики и лечения и тем самым обеспечивать переход от преимущественного реагирования на сформировавшееся заболевание и его осложнения к их прогнозированию и предупреждению.

ЦИФРОВИЗАЦИЯ: ОТ УЧЁТА К УПРАВЛЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОМ

Глобальная стратегия ВОЗ в области цифрового здравоохранения продлена до 2027 г. [12]. Для эн-

докринологии цифровая система принципиальна: регистр должен связывать скрининг, подтверждение диагноза, диспансерное наблюдение, терапию и осложнения.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №175 от 20 июня 2025 г. «О совершенствовании системы оказания первичной медико-санитарной помощи» сделал DMED единой обязательной платформой первичного звена и связал электронную карту, направления, скрининг, диспансеризацию, лабораторную логику, статистику и страховые расчёты [3]. Это сильное управленческое решение: цифровизация встроена в ежедневную работу медицинской бригады, а не существует как отдельный IT-проект.

В каждом территориальном эндокринологическом диспансере создан ситуационный центр. Круглосуточные дашборды позволяют отслеживать кадры, скрининг, диспансерные списки, направления, электронные рецепты и лекарственное обеспечение, выделяя проблемные территории по принципу «зелёный – жёлтый – красный» [11]. Критически важно внедрить единый набор KPI по всей вертикали: не только охват скринингом, но и долю завершённых маршрутов, постановку на диспансерный учёт, достижение целевых показателей лечения, обеспеченность препаратами и качество данных. KPI должны использоваться для управленческих решений, а не только для отчётности.

СКРИНИНГ, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И МАРШРУТ

Приказ Министерства здравоохранения № 97 от 27 марта 2024 г. создал многоуровневые штабы раннего выявления, а приказ № 175 распределил функции медицинской бригады, закрепив профилактический осмотр, оценку гликемии, ИМТ и факторов риска, внесение результатов в DMED и последующую диспансеризацию [3]. Практический маршрут должен быть коротким и завершённым: скрининг и выявление риска → подтверждение диагноза → диспансерный учёт и индивидуальный план → лечение и обучение пациента → электронный рецепт/реимбурсация при наличии показаний → контроль эффективности, осложнений и реабилитация. Для предиабета ключевой интервенцией остаётся структурированная модификация образа жизни с последующей оценкой динамики.

Приказы Министерства здравоохранения № 400 от 26 декабря 2025 г. и № 115 от 3 апреля 2026 г. утвердили маршруты по распространённым заболеваниям и взаимодействие республиканских центров, регионов и первичной помощи [5]. Для шести основных нозологий определена последовательность действий для впервые выявленного и диспансерного пациента. Контроль должен оценивать сроки этапов, обоснованность направлений и, главное, завершённость маршрута.

РЕИМБУРСАЦИЯ: ЛЕЧЕНИЕ БЛИЖЕ К ПАЦИЕНТУ

Постановление Президента № ПК-311 от 5 сентября 2024 г. и Постановление Кабинета Министров № 619 от 2 октября 2024 г. создали схему «электронный рецепт – бесплатный отпуск договорной аптекой – возмещение Государственным фондом медицинского страхования» [2, 9]. Рецепт действует семь дней, пациент получает SMS-уведомление [2]. Для хронического больного это возможность получать препарат ближе к месту жительства и меньше зависеть от разовой централизованной выдачи.

Приказом Министерства здравоохранения № 226 от 24 июля 2025 г. утверждён первоначальный перечень из 28 видов амбулаторных лекарств [4]. Приказ министра здравоохранения № 18 от 23 апреля 2026 г., зарегистрированный Минюстом 24 апреля за № 3822, утверждает уже 69 позиций, из них 14 – для эндокринной системы: тиреоидные препараты, инсулины, сахароснижающие средства, десмопрессин и глюкокортикоиды [6]. Он вступит в силу 1 января 2027 г.; до этой даты расширение является подготовленной возможностью, а не действующим охватом.

Это решение способно сделать амбулаторное лечение диабета, тиреоидной и другой эндокринной патологии более полным и непрерывным. Однако при первоначальном отборе не хватало предложений по 14 лотам, а по 8 они отсутствовали [4]. Поэтому успех следует измерять фактическим наличием препарата, долей погашенных рецептов и отсутствием перерывов терапии.

МАРШРУТ ПАЦИЕНТА: НЕ НАПРАВЛЕНИЕ, А ЗАВЕРШЁННЫЙ ЦИКЛ ПОМОЩИ

Разрабатываемая и внедряемая маршрутизация по основным эндокринным нозологиям должна обеспечивать преемственность между первичным звеном, районным и региональным уровнями и Республиканским центром. В организационном смысле маршрут включает: выявление риска или заболевания → подтверждение диагноза и оценку тяжести → определение уровня оказания помощи → назначение лечения и обучение пациента → диспансерное наблюдение и контроль терапевтических целей → раннее выявление осложнений → направление на специализированный уровень при наличии показаний → возврат под динамическое наблюдение и оценку результата.

При СД1 маршрут начинается с своевременного распознавания заболевания и оценки неотложности, далее включает подтверждение диагноза, назначение и коррекцию инсулинотерапии, обеспечение средствами самоконтроля, структурированное обучение, регулярный контроль компенсации и скрининг осложнений; при декомпенсации, острых состояниях или сложных осложнениях пациент направляется на соответствующий специализированный уровень с последующим возвратом под динамическое наблюдение. При СД2 маршрут начинается с оценки факторов

риска и скрининга, включает подтверждение предиабета или диабета, коррекцию образа жизни и массы тела, индивидуализированную сахароснижающую терапию, контроль гликемии, сердечно-сосудистого и почечного риска, систематический поиск осложнений и своевременное подключение эндокринолога и других специалистов.

При патологии щитовидной железы маршрут должен начинаться с оценки клинических проявлений и факторов риска, после чего проводится необходимая лабораторная и инструментальная диагностика с разграничением функциональных и структурных изменений. Далее определяется уровень помощи: динамическое наблюдение и консервативная терапия, углублённая диагностика, пункционная биопсия при показаниях, хирургическое или иное специализированное лечение. После специализированного этапа пациент возвращается в систему наблюдения с установленными сроками контроля. Ключевой принцип одинаков для всех маршрутов: направление пациента на следующий уровень не является конечным результатом; маршрут считается эффективным только при завершении необходимого этапа и возврате информации в единую систему наблюдения.

КРІ: ОТ УЧЁТА ДЕЙСТВИЙ К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТА

Внедрение системы ключевых показателей эффективности принципиально важно потому, что меняет сам объект управления: оценивается не только объём выполненной работы – число осмотров, исследований, направлений или госпитализаций, – а завершённость маршрута и достигнутый результат. КРІ должны последовательно отражать охват целевой группы профилактикой и скринингом, долю пациентов с завершённым обследованием после положительного результата, своевременность подтверждения диагноза и постановки на диспансерное наблюдение, непрерывность лекарственного обеспечения и последующего контроля, достижение индивидуальных целей лечения и профилактики осложнений. DMED, регистры и ситуационные центры в этой модели становятся инструментами объективного измерения результата и позволяют выявлять территории, где пациент теряется между этапами оказания помощи. Тем самым ответственность переносится с выполнения отдельной процедуры на конечный результат для пациента.

Для ожирения и СД2 первичная профилактика включает формирование здорового питания и физической активности, контроль массы тела и работу с группами высокого метаболического риска; вторичная – активное выявление избыточной массы тела, ожирения, предиабета и раннего СД2 с последующей коррекцией факторов риска и своевременным лечением; третичная – достижение индивидуальных метаболических целей и системную профилактику сердечно-сосудистых, почечных, офтальмологических и других осложнений. При СД1 основная про-

филактическая задача после установления диагноза относится прежде всего к третичному уровню: безопасная инсулинотерапия, обучение самоконтролю, предупреждение острых состояний и хронических осложнений. Для патологии щитовидной железы профилактическая модель включает предупреждение йододефицитных состояний в группах риска, раннее выявление функциональных и структурных нарушений и своевременное лечение, направленное на предотвращение осложнений и необоснованных вмешательств.

ПРОФИЛАКТИКА КАК ГЛАВНЫЙ ВЕКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ СЛУЖБЫ

Следующий этап развития эндокринологической службы должен означать не только повышение доступности специализированной помощи, но и перенос центра тяжести с лечения сформировавшегося заболевания на первичную, вторичную и третичную профилактику. Первичная профилактика направлена на предупреждение заболевания и коррекцию модифицируемых факторов риска; вторичная – на раннее выявление и своевременное вмешательство до формирования необратимых осложнений; третичная – на предупреждение прогрессирования, инвалидизации и преждевременной смертности у пациентов с уже установленным диагнозом. Такая модель позволяет связать профилактику, скрининг, диспансерное наблюдение, маршрутизацию, лекарственное обеспечение и специализированную помощь в единую систему.

ПРОБЛЕМЫ И ПРЕДСТОЯЩИЕ ЗАДАЧИ

Служба уже располагает ключевыми инструментами: вертикалью управления, подготовкой кадров, гарантированным пакетом диагностики, скринингом, регистрами, маршрутами, DMED, ситуационными центрами, электронным рецептом и реимбурсацией. Следующий этап – добиться одинакового исполнения во всех регионах. Для этого необходимы единые КРІ, устойчивое обеспечение реагентами и лекарствами, усиление районной и детской эндокринологии, развитие профилактики ожирения, предиабета и йододефицитных состояний, а также системное обучение пациентов.

Проект нового постановления Президента о развитии эндокринной службы до 2030 г. предусматривает дальнейшее усиление профилактики и цифрового управления: охват скринингом 70% населения старше 35 лет, увеличение раннего выявления диабета и предиабета, снижение ожирения среди женщин репродуктивного возраста и осложнений, интеграцию регистров, расширение современной терапии, детский CGM, направления женского эндокринного здоровья и медицинской генетики [10]. Пока это проектные показатели; их ценность – в переходе от учёта мероприятий к измеримому результату для пациента.

ВЫВОДЫ

1. Стратегия «Узбекистан – 2030» задаёт вектор от профилактики ожирения, предиабета и йо-

- додефицита к раннему выявлению, полному охвату лечением и цифровому управлению.
2. Нормативные акты последовательно превратили стратегические цели в инструменты – от оснащения и подготовки кадров до DMED, маршрутов и реимбурсации.
 3. Предстоящая задача – обеспечить одинаковую эффективность во всех регионах через единые KPI и завершённый маршрут пациента: скрининг, подтверждение диагноза, диспансеризацию, лечение, обучение, реимбурсацию и контроль исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабинет Министров Республики Узбекистан. Постановление №382 от 19.06.2025. LexUZ: <https://lex.uz/uz/docs/7583058>
2. Кабинет Министров Республики Узбекистан. Постановление №619 от 02.10.2024. LexUZ: <https://lex.uz/docs/7131893>
3. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Приказы №97 от 27.03.2024 и №175 от 20.06.2025.
4. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Приказ №226 от 24.07.2025; официальная информация. <https://gov.uz/uz/ssv/sections/view/128807>
5. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Приказы №400 от 26.12.2025 и №115 от 03.04.2026.
6. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Приказ №18 от 23.04.2026; регистрация Минюста №3822 от 24.04.2026. LexUZ: <https://lex.uz/docs/-8161206>
7. Президент Республики Узбекистан. Указ №ПФ-21 от 16.02.2026. LexUZ: <https://lex.uz/uz/docs/8050769>
8. Президент Республики Узбекистан. Постановление №ПК-102 от 26.01.2022. LexUZ: <https://lex.uz/ru/docs/5838968>
9. Президент Республики Узбекистан. Постановление №ПК-311 от 05.09.2024. LexUZ: <https://lex.uz/docs/7098084>
10. Проект постановления Президента Республики Узбекистан о развитии эндокринологической службы до 2030 г. Рабочая редакция; 2026.
11. Республиканский центр эндокринологии. Региональная организационная отчётность; 2026.
12. World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020–2027. Geneva: WHO; 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116870>