

**Протокол заседания профильной комиссии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
по специальности «кардиология»
№ 1/2026 от 23 апреля 2026 г.**

Место проведения: ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, зал «Павлов» с использованием видеотрансляции.

Видеозапись заседания доступна по ссылке:

<https://aoxhni87.ktalk.ru/recordings/MAVtlhCaDsh7GDCsu7XX>

Присутствовали: 105 членов профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «кардиология» (перечень 32 присутствовавших очно представлен в Приложении), 15 экспертов по соответствующим профилям.

Выступления:

1. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в контексте новых национальных приоритетов.

Докладчик: Руководитель координационного центра Минздрава России по реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» – Мазыгула Елена Петровна

В 2025 году и в первом квартале 2026 года все показатели ФП БССЗ в целом по Российской Федерации достигли целевых значений, однако в ряде регионов поставленные цели выполнены не были. Основной акцент в ходе доклада был сделан на расхождениях между ежемесячными (оперативными) данными автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики (АСММС) и годовыми формами федерального статистического наблюдения (ФФСН), которые в отчетном периоде стали более выраженными. В числе причин указаны автоматизация сбора данных, смена ответственных сотрудников, а также учёт в АСММС мероприятий частного сектора при невозможности их отражения в ФФСН. Была указана необходимость анализа не только оперативных и итоговых значений, но и составляющих компонентов с оценкой их динамики, особо обратив внимание на дельту более 5% между оперативными и окончательными данными.

Подробно были разобраны показатели:

- Показатель больничной летальности от инфаркта миокарда в 2025 году не достигли 16 регионов: Луганская Народная Республика, Херсонская область, Белгородская область, Воронежская область, Костромская область, Курская область, Орловская область, г. Москва, Республика Коми, Ненецкий автономный округ, Республика Татарстан, Свердловская область, Томская область, Забайкальский край, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ. Итоговый показатель увеличился на 0,2 п.п. по сравнению с оперативными данными АСММС. Регистрируется риск недостижения показателя в 2026 году.

Обращают внимание особенности учета в АСММС и ФФСН показателей частного сектора (на примере Свердловской, Белгородской и Ульяновской областей).

Показатель ухудшился и не был достигнут по итогам 2025 года в девяти регионах. В Запорожской области зафиксировано значительное улучшение показателя, однако столь выраженная положительная динамика вызывает сомнения в достоверности представленных данных.

- Показатель больничной летальности от острого нарушения мозгового кровообращения в 2025 году не достигли 11 регионов: Херсонская область, Орловская область, Краснодарский край, Еврейская автономная область, Ставропольский край, Оренбургская область, Курганская область, Республика Хакасия, Камчатский край, Хабаровский край, Приморский край. Итоговый показатель увеличился на 0,2 п.п. по

сравнению с оперативными данными АСММС. Регистрируется риск недостижения показателя в 2026 году.

Отмечено ухудшение по итогам 2026 года по сравнению с оперативными данными: два региона по данным годовых ФФСН перешли в категорию не достигших целевых значений (Краснодарский край и Оренбургская область).

- Показатель охвата реперфузионной терапией (доля случаев выполнения тромболитической терапии и стентирования коронарных артерий пациентам с ИМ от всех пациентов с ИМ, госпитализированных в стационар в 1-ые сутки от начала заболевания) в 2025 году не достигли 19 регионов: Белгородская область, Брянская область, Смоленская область, Тверская область, Архангельская область, Ненецкий автономный округ, Новгородская область, Республика Крым, Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Республика Северная Осетия-Алания, Чеченская Республика, Республика Мордовия, Чувашская Республика, Оренбургская область, Свердловская область, Красноярский край, Хабаровский край, Сахалинская область. Итоговый показатель снизился на 2,5 п.п. по сравнению с оперативными данными АСММС. Регистрируется риск недостижения показателя в 2026 году.

18 регионов перешли в разряд недостигнувших.

- Показатель лекарственного обеспечения (доля лиц высокого риска сердечно-сосудистых осложнений и/или перенесших операции на сердце, обеспеченных бесплатными лекарственными препаратами) не достигли 10 регионов: Костромская область, г. Москва, Республика Крым, г. Севастополь, Республика Татарстан, Кировская область, Оренбургская область, Самарская область, Саратовская область, Камчатский край). Итоговый показатель снизился на 1,8 п.п. по сравнению с оперативными данными АСММС. Регистрируется риск недостижения показателя в 2026 году.

Выявлены расхождения в десяти субъектах, что требует дополнительного тщательного анализа на региональном уровне.

- Показатель доли пациентов с инфарктом мозга, которым выполнена тромбоэкстракция, от всех пациентов с инфарктом мозга не достигли 36 регионов: Донецкая Народная Республика, Луганская Народная Республика, Запорожская область, Белгородская область, Ивановская область, Костромская область, Курская область, Орловская область, Смоленская область, Тамбовская область, Тверская область, Ярославская область, Республика Татарстан, Республика Коми, Калининградская область, Республика Адыгея, Волгоградская область, г. Севастополь, Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Северная Осетия – Алания, Ставропольский край, Республика Мордовия, Самарская область, Саратовская область, ХМАО – Югра, Челябинская область, Алтайский край, Омская область, Забайкальский край, Хабаровский край, Магаданская область, Еврейский автономный округ. Итоговый показатель снизился на 0,3 п.п. по сравнению с оперативными данными АСММС. Регистрируется риск недостижения показателя в 2026 году.

Зафиксировано ухудшение: 15 регионов перешли в категорию недостигнувших целевых значений. В пределах 5% статистической погрешности находятся 57 и 69 регионов по соответствующим компонентам. В остальных случаях отмечено снижение числа выполненных тромбоэкстракций при одновременном росте числа пролеченных пациентов, что свидетельствует либо о недоучёте проведённых вмешательств, либо о системных ошибках учёта.

По данным системы АСММС за первый квартал 2026 года нет регионов, которые не выполняли бы четырех и более показателей одновременно. Однако четыре региона не выполняют три из шести показателей, 17 регионов – два из шести, 24 региона – 1 из шести. При этом 44 региона достигли всех шести показателей за первый квартал 2026 года.

Следующая часть доклада посвящена результатам федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». На конец 2025 года более 3 млн пациентов были обеспечены бесплатными лекарственными препаратами, что позволило предотвратить 39%

повторных инфарктов миокарда. Задача 2025 года выполнена всеми регионами. Следует обратить внимание на наличие критического товарного запаса лекарственных препаратов сроком более 36 месяцев в девяти регионах (Херсонская, Запорожская, Тверская, Владимирская, Костромская, Ульяновская, Оренбургская и Челябинскую области, Донецкая Народная Республика). Указанная ситуация создаёт риски списания препаратов и неэффективного расходования средств. Кроме того, в 18 регионах зафиксирован товарный запас 18 месяцев и более, что требует дополнительного внимания и оценки. По итогам первого квартала 2026 года целевого значения по абсолютным значениям лекарственного обеспечения не достигли 24 региона. Товарный запас более 36 месяцев сохраняется в пяти регионах (Херсонская, Тверская, Владимирская, Ульяновская и Челябинская области), что требует активного контроля со стороны главных внештатных специалистов указанных субъектов. Особое внимание уделено регионам, которые при формировании планов на 2026 год предпринимают попытки занижить плановые значения, тогда как в ФФСН уже отражены конкретные цифры обеспеченных пациентов (в частности, Сахалинская и Костромская области), поэтому следует проводить активную работу по мониторингу внесения данных в различные формы статистической отчетности.

В контексте формирования региональных программ БССЗ отмечена необходимость их актуализации в срок до 1 июля 2026 года. Особый акцент был сделан на мероприятиях региональных программ, средний процент исполнения которых по итогам 2025 года составил 94,5%, что требует проведения дополнительного анализа на уровне регионов в случае низкого процента реализации как на предмет корректности заполнения отчетных форм, так и на предмет выполнимости запланированных мероприятий в текущей форме.

Особое внимание уделено формированию единой маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также пациентам с нарушениями липидного обмена в частности. Отмечено, что шесть регионов на настоящий момент не завершена актуализация паспорта службы (Владимирская область, Вологодская, Московская и Оренбургская области, Камчатский край и Республика Татарстан).

В 2025 году в рамках мероприятий по профилактике прогрессирования ИБС успешно осуществлялось внедрение нагрузочных тестов с визуализацией для выявления показаний к реваскуляризации. Позитивным изменением стал переход ряда регионов в пользу визуализирующих методов диагностики, что сопровождалось закупкой необходимого оборудования. Вместе с тем по состоянию на 1 апреля 2026 года десять регионов имеют риск невыполнения годового плана, поскольку выполнение за первый квартал составило менее 25% (Луганская Народная Республика, Ростовская область, Амурская область, Республика Тыва, Красноярский край, Республика Бурятия, Камчатский край, Пензенская область, Республика Дагестан, Республика Северная Осетия - Алания).

2. Внедрение медицинских изделий с искусственным интеллектом. Задачи перед экспертным сообществом и региональными ГВС

Докладчик: заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации – Вадим Валерьевич Ваньков

Тема искусственного интеллекта (ИИ) развивается опережающими темпами. Минздрав России ведёт системную работу в данном направлении начиная с 2023–2024 годов. В настоящее время медицинские изделия с ИИ отнесены к высшему (третьему) классу риска, приказами Минздрава России и Росздравнадзора утверждены порядки мониторинга безопасности и автоматической передачи данных, что создает правовые возможности для приоритетного внедрения технологий ИИ в систему здравоохранения.

По состоянию на текущий момент зарегистрировано 56 медицинских изделий с ИИ. Большинство из них предназначены для анализа радиологических изображений; вместе с тем активно развиваются направления анализа видеопотока, электронных медицинских карт (ЭМК), цифровых электрокардиограмм (ЭКГ), фармакотерапии, а также планирования операций.

Стратегический показатель на 2025 год (не менее четырёх медицинских изделий с ИИ на регион) выполнен 85 субъектами Российской Федерации. Целевой показатель на 2026 год составляет пять медицинских изделий с ИИ и уже достигнут 66 субъектами. Наибольшее число реализованных решений приходится на анализ радиологических изображений, второе место занимает анализ ЭМК.

Особо отмечена платформа «МосМедИИ»: 75 субъектов Российской Федерации используют соответствующее решение, подключено более 2 тысяч медицинских организаций. Динамика обработки изображений растёт, и к концу 2026 года планируется достичь объёма не менее 2 миллионов обработанных изображений.

Основные направления развития и применения технологий искусственного интеллекта на 2026 год включают: внедрение решений ИИ в клиническую практику с масштабированием, создание решений ИИ с определением и приоритизацией клинических задач, а также мониторинг и обеспечение безопасности использования ИИ.

На 2026 год поставлены задачи по разработке показателей по следующим направлениям:

- Увеличение доли обработанных цифровых исследований с использованием ИИ (маммография – 50%, рентгенография органов грудной клетки/флюорография – 25%, компьютерная томография органов грудной клетки – 25%). Эти направления уже вошли в программу госгарантий и могут оплачиваться за счёт ОМС.
- Отношение количества ЭМК, для которых МИ с ИИ был сформирован цифровой профиль постановки наиболее вероятных диагнозов, от общего количества ЭМК прикрепленного взрослого населения РФ (60%).
- Число субъектов РФ, внедривших МИ с ИИ, предназначенные для анализа ЭМК с целью выявления взрослых пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска (55 шт.). Крайне важна вовлечённость главных внештатных специалистов во внедрение ИИ для выявления пациентов высокого сердечно-сосудистого риска — в связке с МИАЦами, региональными министерствами и органами исполнительной власти. Необходимо определить сценарии использования инструментов на уровне медорганизации и региона в целом для достижения сутевых показателей, а не формального внедрения технологии.
- Число субъектов РФ, внедривших не менее 5 МИ с ИИ, интегрированных в государственные информационные системы субъектов РФ.
- Допущено к применению МИ с ИИ.
- Доля сотрудников федеральных органов исполнительной власти (ФОИВ) и подведомственных организаций, которым обеспечен доступ к сервисам генеративного ИИ, от общего количества сотрудников.
- Доля организаций отрасли, в которых применяется и используется ИИ, от всех организаций отрасли.
- Доля высвобожденных ресурсов в ФОИВ и подведомственных организациях от применения ИИ.
- Рост удовлетворенности сотрудников ФОИВ и подведомственных организаций от применения ИИ.
- Индекс внедрения технологий ИИ в отрасль.

В настоящее время разрабатываются ключевые показатели эффективности внедрения технологий ИИ на 2027–2030 годы, направленные на повышение охвата участников процесса (не менее 50%), рост производительности труда, достижение экономического эффекта, повышение скорости оказания медицинской помощи и повышение качества жизни граждан.

Завершая, Вадим Валерьевич обозначил два ключевых тренда развития технологий искусственного интеллекта до 2030 года: переход от разрозненных инструментов к комплексному построению профиля пациента (мульти-modalность/мультиагентность), а также использование самого ИИ для ускоренной разработки новых решений. При этом было подчеркнуто, что ИИ является лишь инструментом. Достижение целей федерального проекта возможно только при условии корректной формулировки клинических задач и последующего адекватного применения технологий ИИ.

3. Работа в рамках инцидента №9 как инструмент снижения смертности населения от болезней системы кровообращения в субъектах Российской Федерации

Докладчик: Руководитель Ситуационного центра Координационного центра Минздрава России – Карсаков Антон Владимирович

1. Общая характеристика инцидента №9

Федеральный Инцидент №9 (повышение эффективности мероприятий по снижению смертности населения от болезней системы кровообращения) инициирован министром здравоохранения РФ М.А. Мурашко 23 мая 2024 года. Первоначальные критерии закрытия инцидента: выход на прогнозную линейку показателя ожидаемой продолжительности жизни и стабильное снижение уровня смертности относительно 2023 года. С августа 2025 года в связи с ограничением предоставления ряда данных, стандартные методы работы (совещания, открытые рассылки) были прекращены. В настоящее время согласовываются новые критерии, не требующие раскрытия абсолютных показателей смертности. Ожидаемый срок завершения согласования – конец мая 2026 года.

2. Роль болезней системы кровообращения в структуре смертности и система показателей

Болезни системы кровообращения остаются ведущей причиной смертности в РФ и мире. По данным актов ЕГР ЗАГС за 2025 год, 43,8% всех записей о смерти связаны с БСК. Приоритетными возрастными группами для снижения преждевременной смертности определены: 30–44 года (доля БСК – 14,9%) и 45–60 лет (доля БСК – 38%). В рамках инцидента №9 для БСК используется 21 показатель (из 60 общих), сгруппированных по этапам оказания помощи: выявление заболеваний – 2 показателя; охват неинвазивной диагностикой – 2 показателя; диспансерное наблюдение – 6 показателей; эффективность госпитализации (профильность и своевременность) – 6 показателей; выполнение оперативных вмешательств – 7 показателей. Методология расчёта индикаторов сейчас в стадии доработки. Планируется добавление 12 новых показателей (сбор данных через АСМС) и 4 показателей на основе данных ФОМС. Третья версия методологии будет доведена до регионов в мае текущего года.

3. Достижение целевых значений субъектами РФ по итогам 2025 года

Показатели БСК разделены на четыре группы в зависимости от числа субъектов, достигших целевых значений.

Группа 1 (5 показателей, «высокий уровень достижения») – целевые значения выполнены 65–72 субъектами. Помесячная динамика стабильна. Отмечены случаи значительного отставания по показателю охвата диспансерным наблюдением лиц 18 лет и старше с БСК в трех субъектах; а у Чукотского автономного округа зафиксирована крайне низкая доля профильной госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом.

Группа 2 (5 показателей, «средний уровень достижения») – целевые значения выполнены 47–64 субъектами. Наибольшие сложности вызывает показатель доли лиц 18 лет и старше с БСК, состоящих на диспансерном наблюдении, у которых зафиксирован выезд скорой медицинской помощи по причине обострения (в течение года большая часть субъектов не выполняла показатель, но к концу года целевой показатель достигли 52 субъекта).

Группа 3 (показатели, «низкий уровень достижения») – целевые значения выполнены только 33–40 субъектами (менее половины). У Чукотского АО и Ненецкого АО отмечены нулевые значения доли пациентов с инфарктом миокарда, получивших стентирование. При этом показатели доли пациентов с ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, и выполнения планов по чрескожным коронарным вмешательствам продемонстрировали положительную динамику.

Группа 4 (показатели, «крайне низкий уровень достижения») – ни один субъект не достиг целевого значения (максимальное число субъектов, достигших цели, – 29). В частности, показатель доли лиц от 40 до 65 лет, не проходивших профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию в течение последних двух лет, имеет целевое значение 0, которое не было достигнуто ни в одном месяце ни одним субъектом. Также в число наиболее труднодостижимых вошёл показатель доли выявления БСК при прохождении первого этапа

диспансеризации. Сделан вывод о недостаточной эффективности выполнения первого этапа борьбы с БСК (профилактика и раннее выявление) в большинстве субъектов.

4. Рейтинг субъектов и внедрение композитной оценки

По числу достигнутых целевых значений из 21 показателя худший результат у Чукотского автономного округа – 3 показателя. Лучшие результаты у Республики Башкортостан и Кировской области – по 17 показателей.

В связи с недостаточностью простого подсчёта выполненных показателей для оперативных докладов руководству Минздрава России разрабатывается новая методика рейтингования на основе композитной оценки степени достижения целевых значений. Методика учитывает: количество месяцев, в которых субъект достигал целевого значения; степень достижения (перевыполнение показателя может частично компенсировать невыполнение других показателей).

В пилотном расчёте (без весовых коэффициентов, все показатели равнозначны) тройку лучших составили Тюменская область, Республика Башкортостан и Тульская область. Худшие результаты – у Костромской области, Республики Хакасия и Чукотского АО, при этом Чукотский АО получил более высокую композитную оценку, чем Костромская область, за счёт более частого достижения показателей в течение года. Методика будет направлена в профильные НМИЦ для согласования в мае.

5. Информационные продукты и переход к контролю мероприятий

Для расчёта процессных показателей по БСК используются три источника данных: регистр высокотехнологичной медицинской помощи, данные ФОМС и АСММС. Еженедельно обновляемый дашборд по смертности для 85 субъектов сформирован, однако его передача регионам невозможна до согласования каналов и форматов; предоставление осуществляется только по запросу профильного департамента. Для министра формируется ежемесячный дайджест аналогичного содержания.

Поскольку анализ достижения показателей признан руководством Минздрава недостаточным, поставлена задача перехода к контролю конкретных мероприятий субъектов РФ, направленных на улучшение показателей. В перспективе будет создан дашборд, включающий данные ФРМО, ФРМР, все процессные показатели и планы по снижению смертности с возможностью контроля территориальными органами Росздравнадзора. Также предусмотрен вывод информации об укомплектованности первичных сосудистых отделений и региональных сосудистых центров персоналом и оборудованием на основе данных ФРМР.

6. Новая информационная система для формирования планов мероприятий

В целях отказа от неэффективных бумажных и Excel-планов создана отдельная информационная система (закрытый контур, доступ через ТКС). Основные принципы: типовые мероприятия формируются профильными НМИЦ с привязкой к конкретным показателям инцидента; субъекты РФ заходят в систему, выбирают необходимые типовые мероприятия и осуществляют их параметризацию (например, указание конкретных объёмов), не изменяя сути мероприятий; мероприятия должны быть инновационными (исключены рутинные задачи), измеримыми и проверяемыми Росздравнадзором (система будет формировать чек-листы); по каждому мероприятию указывается горизонт наступления эффекта, допускается реализация с переносом на следующий годовой цикл.

В данной системе будут разрабатываться планы, проходить автоматизированное согласование с ФОМС, Росздравнадзором и НМИЦ, после утверждения выгружаться в PDF для подписи руководителем субъекта. Отчётность также ведётся в системе.

7. Перспективы и сроки

В мае текущего года до регионов будет доведена изменённая методика с новыми показателями и проведено обучение работе в новой информационной системе. К середине лета планируется сформировать первые планы, утверждённые Минздравом России.

Инцидент №9 ожидает значительная трансформация с вероятным переводом в режим «хронического» процесса, предполагающего постоянное формирование планов, мониторинг показателей и контроль исполнения мероприятий.

4. Состояние кардиологической помощи в субъектах Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республиках Российской Федерации

Докладчик: Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республик) – Бойцов Сергей Анатольевич

По оперативным данным Мониторинга федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (ФП БССЗ) в регионах Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, ДНР и ЛНР за период январь-март 2026 г. плановые значения показателей ФП БССЗ: «Больничная летальность от инфаркта миокарда» (ИМ) не достигнуты в 6 регионах (Воронежская, Костромская, Московская, Томская, Магаданская области, Еврейский автономный округ), показатель «Доля случаев выполнения тромболитической терапии и стентирования коронарных артерий пациентам с ИМ от всех пациентов с ИМ, госпитализированных в стационар в первые сутки от начала заболевания («охват реперфузионной терапии») не достигнут в Республике Алтай; показатель «Доля лиц высокого риска сердечно-сосудистых осложнений и/или перенесших операции на сердце, обеспеченных бесплатными лекарственными препаратами» не достигнут в Томской области, показатель «Больничная летальность от ОНМК» не достигнут в 16 регионах (Воронежская, Костромская, Московская, Орловская, Тульская, Курганская, Томская области, Республика Тыва, Республика Хакасия, Алтайский край, Красноярский край, Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Хабаровский край, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ), показатель «Доля пациентов с инфарктом мозга, выбывших из стационара, перенесших тромбэкстракцию» не достигнут в 8 регионах (Брянская, Ивановская, Калужская, Амурская области, ЯНАО, Республика Хакасия, Алтайский край, Еврейская автономная область).

По данным автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики (АСММС) Минздрава России, за 2025 г. число умерших от ИБС в стационарах в среднем по РФ составило 292,5 на 100 тыс. населения. В 21 субъекте РФ из 45, курируемых ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. ак. Е.И. Чазова», уровень числа умерших превышает 300 на 100 тыс. населения. Число умерших от ИБС в трудоспособном возрасте в стационарах за 2025 г. составило 40,9 на 100 тыс. населения, в 26 регионах этот показатель выше среднероссийского. В данных регионах необходимо обеспечить маршрутизацию пациентов с острыми и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с планами, устранить и компенсировать кадровый дефицит врачей кардиологов, региональным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения, при методической поддержке со стороны главных внештатных специалистов кардиологов, необходимо обеспечить правильный статистический учет смертности от ИБС на уровне каждого муниципального образования.

Число умерших от острого или повторного ИМ в стационарах в среднем по РФ (по данным АСММС) составило 33,3 на 100 тыс. населения, по данным РМИАЦ в РФ смертность составила 33,7 на 100 тыс. населения. Обращает внимание, что значительная разница в показателях числа умерших от острого или повторного ИМ отмечена в Уральском федеральном округе. Так по данным АСММС данный показатель составил 36,4 на 100 тыс. населения, а по данным РМИАЦ – 30,5 на 100 тыс. населения, что на 5,9% ниже, чем по данным АСММС. Большая разница между данными РМИАЦ и АСММС по показателю смертности от ИМ отмечен в 5 регионах с наиболее высокими показателями в АСММС (Приморский край, Курская, Кемеровская, Сахалинская, Новосибирская области) и в 5 регионах, где значения меньше, чем в АСММС (Тверская, Костромская, Свердловская, Брянская, Московская области).

Число умерших от ИМ вне стационара в среднем по РФ составило 15,7 на 100 тыс. населения. Обращает внимание высокий уровень смертности в Дальневосточном федеральном округе; наибольшее значение данного показателя в Забайкальском крае 66,2 на 100 тыс. населения. Для снижения смертности вне стационара необходимо осуществлять постоянный мониторинг (силами заведующих терапевтических отделений поликлиник), применение

аналитических данных МИС, внедрение сервисов принятия врачебных решений в рамках Диспансеризации и профилактических осмотров достижения целевых уровней общего холестерина, АД среди лиц высокого сердечно-сосудистого риска необходимо проводить ретроспективный анализ в поликлиниках медицинской документации всех умерших вне стационаров на предмет повода последних обращений и достаточности оказания лечебно-диагностической помощи. Доля умерших от ИМ вне стационаров в РФ составила 47%, наиболее высокий показатель в Дальневосточном федеральном округе – 53% (Забайкальский край – 78%, Магаданская область – 70%, Сахалинская область – 65%). Отмечается разница в уровне смертности от БСК между административными центрами и муниципальными образованиями, особенно в Сибирском федеральном округе – 27% и Дальневосточном федеральном округе – 23,8%.

Доля пациентов с ОКСпST, которым не провели тромболизис по причине противопоказаний, от числа всех пациентов с ОКСпST: наиболее высокий уровень отмечен в Сахалинской и Курганской областях – 20%. В настоящее время необходимо завершить создание единых диспетчерских центров по поддержке маршрутизации, с анализом дистанционной догоспитальной диагностики и лечения острых сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечить проведение теле ЭКГ для пациентов с ОКС и других неотложных состояний, особенно проживающих в отдаленных районах субъекта РФ. Летальность больных с ОКС на догоспитальной этапе отмечена в Кемеровской области – 5%, в Республике Алтай – 4,4 %, Ярославской области – 2,4%. Для снижения летальности больных с ОКС на догоспитальном этапе необходимо соблюдение маршрутизации и обеспечение своевременных переводов всех пациентов ОКС в РСЦ.

Доля пролеченных больных с БСК на терапевтических койках в РФ составляет в среднем 48,9%, наиболее низкий уровень отмечен в Дальневосточном федеральном округе – 31,2%, а также в регионах Сибирского федерального округа (Алтайский край – 78%, Омская область – 75,9%). Необходимо выполнение планов маршрутизации, создание межрайонных кардиологических отделений на базе наиболее крупных ЦРБ.

Показатель «Доля пациентов с ОКСпST, госпитализированных в стационар в сроки <2 ч. от начала симптомов» в целом по РФ в 2025 г. составила 35%. В регионах Уральского и Сибирского федеральных округов уровень данного показателя ниже среднероссийского – 30%. Для обеспечения своевременной госпитализации пациентов необходимо регулярное информирование населения в СМИ о симптомах сосудистых катастроф и порядке действий при их появлении. Обязательное информирование пациентов с ХИБС и высоким сердечно-сосудистым риском при каждом посещении терапевта и кардиолога о симптомах ИМ и порядке действий в случае их появления, а также выполнение планов маршрутизации. Применение фармакоинвазивной стратегии в среднем по РФ в 2025 г. составило 71%. Для увеличения данного показателя необходимо проводить ежемесячный анализ невыполнения данного показателя силами организационно-методического отдела и главного кардиолога на основании данных АСММС, ежедневный оперативный контроль главного кардиолога всех случаев тромболитической терапии на предмет проведения ЧКВ в течение 24 часов.

Доля пациентов с ИМбпST, которым проведено ЧКВ в целом по РФ составило 67%, низкий уровень отмечен в Сибирском федеральном округе 50%. Для увеличения данного показателя необходимо проводить стратификацию риска неблагоприятных событий по шкале GRACE при ИМбпST в 100% случаев и строгое выполнение клинических рекомендаций в отношении времени реперфузии, в зависимости от величины риска. Осуществлять ежемесячный анализ невыполнения показателя силами организационно-методического отдела и главного кардиолога на основании данных АСММС. Доля пациентов с ОКСпST в возрасте 80 лет и старше, поступивших в региональные сосудистые центры в 2025 г., составила 12% в Центральном федеральном округе, 12% в Уральском федеральном округе, 7,6% в Сибирском федеральном округе и 8,3% в Дальневосточном федеральном округе. Доля пациентов с ОКСпST в возрасте 80 лет и старше, которым выполнено ЧКВ (%) в РФ составило 53,2%, в Центральном федеральном округе – 55%, Уральском федеральном округе – 58,4%, Сибирском федеральном округе – 36,7% и в Дальневосточном федеральном округе – 62,5%.

Операции коронарного шунтирования не проводятся в 19 регионах, по данным АСММС «Инцидент №9» в курируемых регионах, с учетом проведения в Федеральных центрах, коронарное шунтирование проводится – 20 операций на 100 тыс. населения. Обеспечение выполнения необходимого количества ЧКВ для лечения ХИБС в соответствии со стандартом в целом по РФ проводятся в 91% случаев, обращает внимание, что в Центральном федеральном округе этот показатель ниже и составил 76%.

Важным показателем является частота проведения внутрисосудистых ультразвуковых исследований (ВСУЗИ) и определения фракционного резерва кровотока (ФРК) при ангиографических вмешательствах на коронарных артериях. Наибольшее количество ВСУЗИ, по данным главных кардиологов в 2025 г., проведено в Тамбовской области – 152,3 на 100 тыс. населения, Республике Хакасия – 122,3 на 100 тыс. населения, ХМАО – 55,8 на 100 тыс. населения. Наиболее часто ФРК применяли в 2025 г. в Республике Бурятия – 15,2 на 100 тыс. населения. Региональным органам исполнительной власти совместно ТФОМС и при методической поддержке главных кардиологов необходимо обеспечить применение не менее чем 60 исследований на 100 тыс. населения при проведении ЧКВ у пациентов со стабильной ИБС, имеющих ишемию миокарда.

Своевременная радиочастотная абляция и криоабляция – эффективные методы профилактики прогрессирования заболевания у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при наличии пароксизмальной и персистирующей формы фибрилляции предсердий. Операции на проводящих путях сердца с применением абляции на 100 тыс. населения в 15 регионах, где не проводится абляция, с учетом проведения в Федеральных центрах проводились в 2025 г. в 40 операций на 100 тыс. населения. Имплантация ЭКС, выполненные на территории региона в РФ составили 44,5 имплантации на 100 тыс. населения, в курируемых регионах данный показатель сопоставим со среднероссийскими показателями. Имплантации ИКД, выполненные на территории региона, проводится в 29 регионах, с учетом проведения в Федеральных центрах в РФ – 4,7 имплантаций на 100 тыс. населения, уровень в Центральном федеральном округе ниже 4 имплантации на 100 тыс. населения и 3,5 на 100 тыс. населения в ДФО.

Создание шоковых центров – это путь снижения госпитальной летальности. Требуется мультиорганный поддержка жизненно важных функций и реабилитация у пациентов с кардиогенным шоком. Количество ЭКМО до 3 суток в целом по РФ проводится 3,2 случаев на 100 тыс. населения, в Центральном федеральном округе этот показатель ниже и составил 1,4, а в Дальневосточном федеральном округе – 1 на 100 тыс. населения.

Обеспечение потребности в стресс ЭхоКГ и ОФЭКТ в соответствии со стандартами составило в РФ – 42%, в Центральном федеральном округе – 40%, в Уральском федеральном округе – 37%, в Сибирском федеральном округе – 71%. Самый низкий показатель установлен в ДФО – 28%.

Обеспеченность врачами-кардиологами в амбулаторных условиях в 2025 г. в РФ составила 0,3 на 10 тыс. населения, всего в РФ 4967 врачей кардиологов, работающих в амбулаторных условиях. Для устранения кадрового дефицита необходима целевая подготовка, наставничество, регулярные телемедицинские консультации кардиологов с терапевтами больниц и поликлиник, регулярные тематические усовершенствования по кардиологии для терапевтов больниц и поликлиник. По данным ФОМС за период январь-февраль 2026 г. отмечено низкое исполнение объемов консультаций с применением телемедицинских технологий в рамках ТПОМС. В 14 курируемых регионах исполнение ниже 70%, в 32 регионах консультации с применением телемедицинских технологий отсутствуют.

В 29 регионах обеспечен регулярный мониторинг в амбулаторных картах АД, ЧСС, СКФ, ФВ ЛЖ, ХС ЛПН заведующими терапевтических отделений в поликлиниках городских и районных больниц.

В течение 2025 г. в курируемых субъектах проходит работа в рамках регистра «ХОСТА ХСН», доля пациентов с 3-4 ФК СН с низкой фракцией выброса – 40%, доля пациентов с указанием величины натрийуретического пептида в 2025 г. – 70%. Включение пациентов с

ХСН, находящихся под диспансерным наблюдением, в единый динамический регистр позволяет контролировать качество диагностики и лечения.

Планирование и реализация мероприятий региональных программ по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, мероприятий в рамках «Инцидента №9» в рамках ФП «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в части лечения острых и неотложных сердечно-сосудистых заболеваний на всех этапах оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи являются основными мерами снижения смертности населения страны от острых и хронических сердечно-сосудистых заболеваний.

5. Состояние кардиологической помощи в субъектах Северо-Кавказского, Северо-Западного, Приволжского и Южного федеральных округов, Херсонской и Запорожской областях Российской Федерации

Докладчик: Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Северо-Западного, Приволжского, Северо-Кавказского, Южного федеральных округов, Запорожской и Херсонской областей) – Шляhto Евгений Владимирович

В 2025 году в курируемых регионах достигнуты значимые результаты, свидетельствующие о системном развитии кардиологической службы. За период реализации федеральных проектов обеспечено существенное улучшение маршрутизации пациентов и качества оказания медицинской помощи. В частности, число умерших от инфаркта миокарда в непрофильных стационарах снизилось на 55,9%, доля профильной госпитализации увеличилась с 86,7% до 96,2%, а доля применения фармакоинвазивного подхода возросла с 36,7% до 75,0%. Отмечен рост доли пациентов с острым коронарным синдромом, госпитализированных в первые два часа от начала заболевания, с 25,7% до 35,2%.

В стационарном звене зафиксировано увеличение объема рентгенэндоваскулярных вмешательств на 86,3%, а также рост охвата чрескожными коронарными вмешательствами при остром коронарном синдроме с 28,9% до 56,4%, в том числе при ОКС с подъемом сегмента ST – до 76,5%, без подъема – до 48,9%. При этом летальность от инфаркта миокарда снизилась с 12,6% до 9,4%. В амбулаторном звене увеличился охват диспансерным наблюдением пациентов с ишемической болезнью сердца с 77,5% до 89,2%, а общее число пациентов, находящихся под наблюдением, возросло более чем в 2,5 раза – с 200 798 до 565 520 человек.

Значительные изменения произошли в сфере лекарственного обеспечения: доля пациентов, обеспеченных необходимыми препаратами, увеличилась с 78,2% до 95,9%, существенно возросла обеспеченность основными классами лекарственных средств, включая статины, ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и бета-адреноблокаторы.

Параллельно отмечено снижение уровня инвалидности среди взрослого населения на 9,5%, в том числе по болезням системы кровообращения – на 15,9%.

Улучшились кадровые показатели: увеличилось число выпускников ординатуры по профильным специальностям, обеспеченность врачами-кардиологами, сердечно-сосудистыми хирургами и специалистами по рентгенэндоваскулярным методам лечения также продемонстрировала положительную динамику.

Вместе с тем по итогам первого квартала 2026 года обозначились новые вызовы. Выявлены субъекты, находящиеся в зоне риска, где сохраняются отклонения от целевых значений (Республика Коми, Ненецкий автономный округ, Вологодская область, Удмуртская Республика, Чувашская Республика, Херсонская область, Мурманская область, Республика Адыгея, Республика Калмыкия, Ставропольский край, Пензенская область, Саратовская область, Республика Дагестан, Чеченская Республика, Новгородская область, Запорожская область, Калининградская область, Республика Ингушетия.).

Активно развивается кардиологическая служба в новых регионах. В Херсонской области организовано 2 ПСО, налажена тромболитическая терапия и доставка пациентов напрямую в РСЦ Запорожской области (минуя стационары Херсона). В Запорожской области запущено 2 РСЦ и аритмологическая служба. Показатели доступности высокотехнологичной помощи приближаются к среднероссийским.

Динамика показателей смертности от БСК в 2025 и 2026 годах, говорит о вызовах, с которым столкнулось отечественное здравоохранение. В 2025 году большая часть курируемых регионов была в «серой» или «зеленой» зоне, т.е. демонстрировала снижение показателей по сравнению с прошлым годом. В 2026 году большинство регионов «красные» или «желтые», т.е. демонстрируются существенный рост по сравнению с предыдущим годом. Также по оперативным показателям реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в отдельных регионах отмечается недостижение оперативных показателей. В большей степени это связано с показателями работы неврологической службы, однако есть регионы, где показатели больничной летальности, охвата реперфузией или льготным лекарственным обеспечением недостаточны. Для достижения целевых значений смертности сформированы базовые мероприятия региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», которые включают 12 основных направлений по совершенствованию оказания медицинской помощи на всем пути пациента с ССЗ.

Однако с учётом новых вызовов для снижения показателей заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний целесообразно расширение базового перечня мероприятий региональной программы «БССЗ», включающее усиление контроля факторов риска во всех возрастных группах, развитие ранней диагностики, повышение эффективности маршрутизации пациентов, обеспечение доступности и мониторинга высокотехнологичной медицинской помощи, контроль нагрузки на тяжёлое оборудование, совершенствование диспансерного наблюдения, расширение доступности визуализирующих нагрузочных исследований, повышение эффективности дистанционного мониторинга артериального давления, оптимизацию льготной лекарственной терапии, использование кадрового резерва, внедрение медицинских изделий с применением технологий искусственного интеллекта, а также развитие телемедицинских технологий.

Подчёркнута необходимость трансформации функций главных внештатных специалистов в регионах: перехода от роли консультанта-методиста к роли проактивного системного архитектора кардиологической помощи, занимающегося интеграцией, междисциплинарным взаимодействием, управлением качеством и безопасностью медицинской деятельности, кадровой политикой, непрерывным образованием и информационным обеспечением.

В помощь регионам разработаны методические рекомендации для формирования единого приказа маршрутизации пациентов с болезнями системы кровообращения. В 2025 году на основе методических рекомендаций в каждом субъекте РФ утвержден единый порядок региональной маршрутизации при сердечно-сосудистых заболеваниях, включающий общую часть и регламенты маршрутизации при отдельных нозологиях, определяющих смертность от БСК на 70%. На сегодняшний день в половине курируемых регионов утверждены все 13 регламентов. Среди отсутствующих – регламенты о липидных и антикоагулянтных кабинетах, регламент телемедицинских консультаций и маршрутизация пациентов с пороками клапанов сердца.

Также в помощь регионов внедряется аналитическая система ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России для отслеживания пути пациента: от поступления до выписки, диспансерного наблюдения и реабилитации.

Представлена классификация регионов по четырём группам на основе сочетания показателей заболеваемости и смертности с частотой выявления факторов риска. Для каждой группы предложены таргетные мероприятия: от усиления диспансерного наблюдения и организации школ для пациентов до проведения информационных кампаний, профилактических осмотров и работы с организованными коллективами.

В части профилактики отмечено, что средняя доля впервые выявленных заболеваний системы кровообращения среди прошедших профилактические мероприятия составляет 2,5% при целевом значении 3,5%, что свидетельствует о недостаточной выявляемости факторов риска, особенно в регионах с низкими показателями (Республика Калмыкия, Вологодская область, Республика Карелия, Новгородская область, Ульяновская область).

Инструментом для улучшения диспансеризации и профосмотров является применение ИИ для анализа ИЭМК. На сегодняшний день они интегрированы в 77% курируемых субъектах. Применение систем поддержки принятия врачебных решений позволяет выявить пациентов высокого и среднего риска для проактивной диспансеризации. Показатель «Доля выявленных пациентов высокого и среднего риска ССЗ от всех обработанных ИЭМК» позволяет косвенно судить о качестве и полноте данных, поступающих в систему и общем уровне интеграции таких медизделий в единый цифровой контур.

Отдельный акцент сделан на развитии центров здоровья и реализации концепции активного долголетия, которая в настоящее время интегрируется в программу государственных гарантий оказания медицинской помощи. Существенным достижением отмечено включение в данную программу однократного проведения липидного профиля всем взрослым пациентам в возрасте до 40 лет, что позволяет своевременно выявлять ранее не диагностированные группы риска и пациентов, не находившихся под наблюдением кардиологической службы.

Особое внимание было уделено анализу оказания помощи пациентам с ОКС. Установлено, что только 59% пациентов проходят так называемый «идеальный путь» оказания помощи, включающий своевременную госпитализацию и выполнение чрескожного коронарного вмешательства. При этом 22% пациентов не получают ЧКВ, что сопровождается значительным ростом летальности: до 23,9% против 5,7% у пациентов, получивших своевременное вмешательство. Среди регионов с наибольшими резервами по улучшению показателей отмечены Республика Северная Осетия – Алания, Республика Ингушетия, Республика Коми, Калининградская область, Республика Калмыкия. Аналогичные проблемы выявлены при оказании помощи пациентам с ОКС без подъёма сегмента ST, где охват ЧКВ составляет лишь 45% (в том числе низкие показатели отмечены в Нижегородской области, Республике Карелия, Пермском крае, Ставропольском крае, Пензенской области).

Отмечена выраженная межрегиональная дифференциация в доступности высокотехнологичной медицинской помощи, включая чрескожные вмешательства и радиочастотную абляцию, а также различия в обеспеченности и загрузке медицинского оборудования. В ряде субъектов сохраняется недостаточная нагрузка на ангиографические установки и низкий уровень выполнения вмешательств (Карачаево-Черкесская Республика, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика), а в 20 регионах отсутствует возможность выполнения магнитно-резонансной томографии сердца.

Важным шагом для улучшения качества помощи пациентам названо создание мониторинговых центров управления рисками. Опыт Санкт-Петербурга, Республики Адыгея и Новгородской области свидетельствует о значительном повышении качества и эффективности медицинской помощи при наличии такой организационной структуры.

Серьёзным резервом повышения эффективности системы остаётся диспансерное наблюдение. В ряде регионов охват пациентов после острых сердечно-сосудистых событий остаётся на низком уровне (Ставропольский край, Саратовская область, Республика Адыгея, Ненецкий автономный округ, Вологодская область, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Карелия, Нижегородская область). Отмечено отсутствие должной преемственности между стационарным и амбулаторным этапами, включая несвоевременную постановку на диспансерный учёт и недостаточный контроль лекарственной терапии. Целесообразно обеспечить пациентов лекарственными препаратами в день выписки из стационара, контролировать своевременность постановки на диспансерный учёт и явку на амбулаторный приём.

В 2025 году все курируемые регионы достигли целевого показателя ФП «БССЗ» по выполнению нагрузочных тестов у пациентов с ИБС, состоящих под ДН. Однако, в 18 из 42 регионов показатель был достигнут за счет стресс-ЭКГ (71% от всех нагрузочных тестов в этих регионах). Стресс-ЭКГ обладает более низкой чувствительностью и специфичностью по сравнению с визуализирующими нагрузочными тестами, доля которых должна составлять не менее 58% от всех нагрузочных исследований - среднее по РФ 33,9%. В правой части слайда представлено выполнение плана по стресс-ЭхоКГ в рамках И9. В 24 регионах показатель не был достигнут, в 15 из них достижение составило менее 50%. Необходимо увеличение

доступности визуализирующих нагрузочных исследований (стресс-ЭХОКГ, радионуклидные методы) для повышения качества диагностики и более корректного отбора пациентов на реваскуляризацию. В качестве лучшей практики представлены результаты работы кардиологической службы Кабардино-Балкарской Республики в части повышения доступности выполнения визуализирующего нагрузочного исследования-стресс ЭХО-КГ. Так, был инициирован региональный инцидент, по итогам 2025 года в 6 раз увеличилось количество проведённых исследований, сформирован отдельный тариф, внедрен единый протокол, нормативно закреплён маршрут пациента.

Важно обеспечить пациентов льготными лекарственными препаратами в соответствии с клиническими рекомендациями. Интегральный показатель обеспеченности 3 ключевыми группами препаратов (статины, иРААС, БАБ,) (по выбытию препаратов) по данным Мониторинга движения лекарственных препаратов за 2025 год относительно расчетного числа пациентов в рамках ЛЛЮ ФП «БССЗ» составляет 48,1%, 36,1% и 28,5% соответственно.

Для координации региональных систем здравоохранения и качественного оказания медицинской помощи пациентам с БСК высокого риска стратегически важно создание центров управления сердечно-сосудистыми рисками на базе ведущего учреждения региона, ответственного за анализ сроков постановки на диспансерное наблюдение, выдачу льготных лекарственных препаратов, оценку качественного состава получаемой пациентом льготной лекарственной терапии, реализацию специализированных программ для пациентов с БСК, формирование регистров пациентов с БСК. Успешные кейсы реализованы в Республике Башкортостан, Республике Татарстан, Астраханской и Новгородской областях.

Телемедицинские консультации активно развиваются: проведено более 21 тысячи консультаций, из них по профилю «кардиология» – около 12 тысяч. Данный инструмент используется не только для оказания медицинской помощи, но и для обучения врачей. Образовательные мероприятия (лекции, виртуальные обходы, подготовка преподавателей) проводятся на постоянной основе. Особое внимание уделяется институту лидерства, а также работе со школьниками и студентами по формированию здорового образа жизни.

В настоящее время активно проводится исследование «Метеор» с участием многих регионов, направленное на оценку распространённости метаболических нарушений (включая заболевания печени, почек, сахарный диабет, ожирение) для последующей выработки организационных и управленческих решений.

В заключение сформулированы ключевые направления дальнейшей работы. Определён приоритет перехода к модели, ориентированной на первичную профилактику и управление факторами риска («сдвиг влево»), совершенствование маршрутизации пациентов с обязательным внедрением всех регламентов, развитие специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с устранением межрегиональных различий, повышение качества диспансерного наблюдения и обеспечение преемственности между этапами лечения, а также дальнейшее развитие кадрового потенциала и цифровых технологий, включая системы искусственного интеллекта и телемедицину.

Подчеркнута необходимость усиления адресного управленческого воздействия на регионы, находящиеся в зоне риска, и сохранения достигнутой положительной динамики показателей в 2026 году. Евгений Владимирович выразил благодарность руководителям региональных органов здравоохранения и главным внештатным специалистам за проделанную работу и отметил важность консолидации усилий для дальнейшего снижения смертности от болезней системы кровообращения.

В дискуссии приняли участие главные внештатные специалисты кардиологи округов и субъектов Российской Федерации:

О.М. Рейтблат, А.Н. Быков, О.Л. Барбараш

В ходе обсуждения *О.М. Рейтблат* отметил, что действующий порядок формирования федеральных форм статистического наблюдения предусматривает учет показателей исключительно по медицинским организациям, находящимся в ведении органов

исполнительной власти, что приводит к неполноте итоговых официальных данных, так как не отражает вклад иных организаций, участвующих в оказании медицинской помощи.

Е.П. Мазыгула подтвердила наличие подобных проблем, однако уточнила, что на сегодняшний день этот вопрос остается открытым. Представляется необходимым провести дополнительный анализ данных, представленных в ФФСН, особенно в тех регионах, в которых функционируют федеральные учреждения, а также медорганизации иных форм собственности.

А.Н. Быков и *О.М. Рейтблат* озвучили проблему, связанную с применением препарата Эзетимиб в качестве второй линии терапии дислипидемий, который не входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, однако включен в действующие клинические рекомендации. *Е.П. Мазыгула* отметила необходимость дальнейшего системного акцентирования внимания Минздрава России на данном вопросе.

О.М. Рейтблат отметил, что мониторинг стресс-ЭХОКГ исключительно у пациентов с уже выявленной ИБС может привести к «гонке за технологией» без должного выявления новых случаев, тогда как максимальное диагностическое значение метод имеет в общей популяции, в связи с чем целесообразно видоизменить показатель для учёта исследований как у пациентов с неподтверждённым, так и с верифицированным диагнозом. В своем ответе *Е.П. Мазыгула* подчеркнула, что наиболее уязвимой группой оставались пациенты с хронической ИБС и уже установленным диагнозом, которые практически выпадали из поля зрения, и именно для восстановления целостности этого звена было инициировано данное мероприятие, тогда как ситуация с первичной диагностикой была более благоприятной, и в настоящее время акцент сделан именно на профилактику развития заболевания. Таким образом, любое изменение подхода потребует пересмотра концепции и обоснований, тогда как сначала целесообразно завершить реализацию инициированных мероприятий, параллельно проводя анализ иных подходов.

По результатам заслушанных докладов и их обсуждения постановили:

- 1) Одобрить регламент проведения заседания профильной комиссии Минздрава России по специальности «кардиология».
- 2) Принять к сведению информацию о предварительных итогах реализации мероприятий федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2025 г. и о задачах на 2026-2030 гг.
- 3) Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов РФ совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и региональным проектными структурами принять исчерпывающие меры по достижению целевых значений федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Срок: постоянно.
- 4) Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов РФ совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения обеспечить достижения контрольных точек федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», в том числе по актуализации региональных программ «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Срок: постоянно.
- 5) Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов РФ провести анализ промежуточных результатов мониторинга профилактики ИБС за период январь-март 2026 г. для оценки эффективности утвержденных порядков маршрутизации на отдельные диагностические исследования с разработкой мероприятий по повышению информативности проводимых диагностических исследований при ИБС, улучшению обоснованности направлений на инвазивные исследования сердца и на проведение хирургической и рентгенхирургической реваскуляризации миокарда. Срок: 01 июня 2026 г., далее постоянно.
- 6) Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации, совместно с главными внештатными специалистами по Скорой помощи и с главными внештатными специалистами по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению на

постоянной основе обеспечить контроль за выполнением последующих чрескожных коронарных вмешательств в рамках фармакоинвазивной стратегии пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST электрокардиограммы после проведения тромболитической терапии. Срок: постоянно.

- 7) На постоянной основе продолжить работу по контролю реализации программы льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» для обеспечения оптимального качественного состава лекарственной терапии, показателей охвата и удержания в программе пациентов целевых групп и достижения целевых значений контролируемых, в рамках диспансерного наблюдения, показателей здоровья. Срок: постоянно.
- 8) Принять к сведению информацию о задачах региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья и главных профильных специалистов по содействию внедрению технологий искусственного интеллекта в региональные медицинские информационные системы и обучению врачей-кардиологов практической работе в современной информационной среде.
- 9) Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации, с целью повышения качества диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в стационарных и амбулаторно-поликлинических медицинских организациях, подготовить и направить в региональные органы исполнительной власти предложения по расширению использования медицинских изделий с технологиями искусственного интеллекта в оказании помощи пациентам по профилю «кардиология». Срок: 01 июня 2026 г., далее постоянно.
- 10) Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации пройти повышение квалификации по использованию медицинских изделий на основе искусственного интеллекта, внедренных в регионе, для ведения пациентов с БСК. Срок: 01 июля 2026 г., далее постоянно.
- 11) Главным внештатным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации, совместно с главными внештатными специалистами терапевтами, в течение 2026 г. обеспечить реализацию образовательных мероприятий по повышению компетенций амбулаторных специалистов, оказывающих медицинскую помощь при БСК. Срок: постоянно.
- 12) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации принять к сведению информацию о предстоящих изменениях в работе в рамках Федерального инцидента №И9 (повышение эффективности мероприятий по снижению смертности населения от болезней системы кровообращения) и обеспечить информирование об этом руководство региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья. По мере ввода в действие новой информационной системы Федерального инцидента №И9 обеспечить обучение работы с ней ответственных специалистов, формирующих и вносящих контрольные значения целевых показателей, а также региональные планы мероприятий и отчеты об эффективности их выполнения. Срок: 01 июля 2026 г., далее постоянно.
- 13) Главным специалистам кардиологам субъектов: г. Москвы (Центральный федеральный округ), г. Санкт-Петербурга (Северо-Западный федеральный округ), Тюменской области, Челябинской области (Уральский федеральный округ), Красноярского края, Новосибирской области (Сибирский федеральный округ), Хабаровского края (Дальневосточный федеральный округ), Пензенской области, Пермского края, Ульяновской области (Приволжский федеральный округ), Астраханской области (Южный федеральный округ) провести анализ федеральных форм статистического наблюдения за 2023—2025 г.г. в части отражения показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и их компонентов, и представить главным окружным кардиологам соответствующих федеральных округов предложения по совершенствованию отражения в указанных формах результатов деятельности по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний населения в расположенных в перечисленных субъектах

федеральных и негосударственных (в том числе частных) медицинских организациях. Срок: 01 сентября 2026 г.

- 14) Главным специалистам кардиологам Центрального, Северо-Кавказского, Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского федеральных округов представить в секретариат профильной комиссии сводные предложения по совершенствованию отражения в статистических формах результатов деятельности по профилактике, диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний населения в расположенных в перечисленных субъектах федеральных и негосударственных (в том числе частных) медицинских организациях. На созыве – главный специалист кардиолог Уральского федерального округа О.М.Рейтблат. Срок: 01 октября 2026 г.

**Главный внештатный специалист
кардиолог Минздрава России в
субъектах ЦФО, УФО, СФО, ДФО,
Донецкой и Луганской Народных
Республиках Российской Федерации**



С.А. Бойцов

**Главный внештатный специалист
кардиолог Минздрава России в
субъектах СЗФО, СКФО, ЮФО, ПФО,
Херсонской и Запорожской областях
Российской Федерации**



Е.В. Шляхто