

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор
ФГБУ «НМИЦ
им. ак. Е.И. Чазова»
Минздрава России,
д.м.н., профессор
С.А. Бойцов
«10» июля 2025 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор
ФГБУ «НМИЦ
им. В. А. Алмазова»
Минздрава России,
д.м.н., профессор
Е.В. Шляхто
«11» июля 2025 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор
ФГБУ «НМИЦ ССХ
им. А.Н. Бакулева»
Минздрава России,
д.м.н., профессор
Е.З. Голухова
«11» июля 2025 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор
ФГБУ «НМИЦ
им. ак. Е.Н. Мешалкина»
Минздрава России,
д.м.н., профессор
А.М. Чернявский
«11» июля 2025 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор
ФГБУ «НМИЦ ТГМ»
Минздрава России,
д.м.н., профессор
О.М. Дранкина
«11» июля 2025 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор
ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ»
Минздрава России,
д.м.н., профессор
С.В. Царенко
«11» июля 2025 г.

**Методические рекомендации
по построению единой маршрутизации пациентов с
сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая все
этапы наблюдения за пациентами от фельдшерско-
акушерского пункта (поликлиники) до федерального
учреждения, оказывающего помощь пациентам с
сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Москва – 2025 год

УДК: ()

ББК: ()

DOI: ()

Редакторы:

Каракулина Е.В. – директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

Гульшина В.А. – заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.б.н.

Москалев А.А. – начальник отдела реализации региональных программ Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторский коллектив:

Алесян Б.Г., ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Багненко С.Ф., ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Бойцов С.А., ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Бокерия Л.А., ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Вавилова Т.В., ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Голухова Е.З., ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Драпкина О.М., ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Дроздова Л.Ю., ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н., доцент.

Иванова Г.И., ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Крылов В.В., ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», д.м.н., профессор, академик РАН.

Мазыгула Е.П., ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, руководитель Координирующего центра по реализации Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Царенко С.В., ФГАУ «НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Чернявский А.М., ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Шамалов Н.А., ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России, д.м.н., профессор.

Шляхто Е.В., ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Контактная информация: fmrc@almazovcentre.ru, тел/факс. +7 (812) 702-37-49 добавочный 005063

Данные методические рекомендации предназначены для использования органами государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, организационно-методическими отделами кардиологических диспансеров и (или) краевых (республиканских, областных, окружных) больниц, главными внештатными специалистами при разработке региональных порядков маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Для цитирования: Алесян Б.Г., Багненко С.Ф., Белов Ю.В., Бойцов С.А., Бокерия Л.А., Вавилова Т.В., Голухова Е.З., Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Иванова Г.И., Крылов В.В., Царенко С.В., Чернявский А.М., Шамалов Н.А., Шляхто Е.В. Методические рекомендации ()

Санкт – Петербург: ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 2025. – () с.

ISBN: ()

© Минздрав России, 2025

© ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, 2025

© Коллектив авторов, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

АВТОРЫ.....	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	9
I. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	10
II. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРЯДКА МАРШРУТИЗАЦИИ.....	14
III. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕЙ ЧАСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРЯДКА МАРШРУТИЗАЦИИ.....	16
3.1. Перечень медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторных условиях	17
3.2. Направление пациентов с подозрением на наличие или установленным сердечно-сосудистым заболеванием к врачу-специалисту в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи	18
3.3. Постановка под диспансерное наблюдение после выявления сердечно-сосудистого заболевания.....	19
3.4. Перечень медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах.....	19
3.5. Направление на плановую госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	21
3.6. Направление на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (за исключением случаев, описанных в отдельных регламентах маршрутизации).....	21
3.7. Реабилитационные мероприятия и санаторно-курортное лечение после выявления сердечно-сосудистых заболеваний	22
3.8. Льготные лекарственные препараты для отдельных категорий пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями	24
IV. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЛАМЕНТОВ МАРШРУТИЗАЦИИ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЯХ	25
4.1. Принципы формирования регламента маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы	26
4.2. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом	28
4.3. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости	30
4.4. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью	32
4.5. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом.....	35

4.6. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей	37
4.7. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с тромбозом легочной артерии	40
4.8. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения	42
4.9. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов со стенозом экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий	46
4.10. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца.....	48
4.11. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии.....	50
4.12. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена	51
4.13. Принципы формирования регламента телемедицинских консультаций пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями	53
V. СОЗДАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОПЕРАТИВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕГЛАМЕНТОВ МАРШРУТИЗАЦИИ.....	55

АВТОРЫ

Алесян Баграт Гегамович – Главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению Минздрава России, заместитель генерального директора ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Багненко Сергей Федорович – Главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава России, ректор ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Бойцов Сергей Анатольевич – Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики), генеральный директор ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Бокерия Лео Антонович – Главный внештатный специалист сердечно-сосудистый хирург Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Вавилова Татьяна Владимировна – Главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике Минздрава России, д.м.н., профессор.

Голухова Елена Зеликовна – Главный внештатный специалист аритмолог Минздрава России, директор ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Драпкина Оксана Михайловна – Главный внештатный специалист Минздрава России по терапии и общей врачебной практике, директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, д.м.н., профессор; академик РАН.

Дроздова Любовь Юрьевна – Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России, руководитель отдела стратегического планирования и внедрения профилактических технологий ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н., доцент.

Иванова Галина Евгеньевна – Главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, ФМБА России, заведующая кафедрой медицинской реабилитации Института нейронаук и нейротехнологий ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, руководитель НИЦ медицинской реабилитации ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России, председатель Общероссийской общественной организации содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России», д.м.н., профессор.

Крылов Владимир Викторович – Главный внештатный специалист нейрохирург Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Мазыгула Елена Петровна – Руководитель Координирующего центра по реализации Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, к.м.н.

Царенко Сергей Васильевич – Главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии Минздрава России, директор ФГАУ «НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр», д.м.н., профессор.

Чернявский Александр Михайлович – Генеральный директор ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Шамалов Николай Анатольевич – Главный внештатный специалист по неврологии Минздрава России, д.м.н., профессор.

Шляхто Евгений Владимирович – Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Северо-Западного, Приволжского, Северо-Кавказского, Южного федерального округа, Запорожской области, Херсонской области), генеральный директор ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

При участии

Аракелян Валерий Сергеевич – руководитель отдела хирургии артериальной патологии ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Атюнина Ирина Валентиновна – научный сотрудник лаборатории мониторинга программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний научно-организационного отдела ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, к.м.н.

Белкин Андрей Августович – директор Клинического института Мозга Уральского государственного медицинского Университета, д.м.н., профессор.

Виллевалде Светлана Вадимовна – начальник службы анализа и перспективного планирования Управления по реализации федеральных проектов, заведующая кафедрой кардиологии факультета послевузовского и дополнительного образования Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Гавриленко Александр Васильевич – заведующий отделением сосудистой хирургии ФГБНУ «РНЦХ им. академика Б.В. Петровского», д.м.н, профессор, академик РАН.

Ганюков Владимир Иванович – заведующий отделом хирургии сосудов и сердца ФГБНУ НИИ КПССЗ Минздрава России, д.м.н.

Гостев Александр Александрович – заведующий лабораторией сосудистой хирургии научно-исследовательского отдела хирургии аорты, коронарных и периферических артерий Института патологии кровообращения ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, к.м.н.

Завалихина Татьяна Владимировна – главный врач института коронарной и сосудистой хирургии ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, к.м.н.

Звартау Надежда Эдвиновна – заместитель генерального директора по работе с регионами, начальник Управления по реализации федеральных проектов, доцент кафедры факультетской терапии с клиникой Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, к.м.н., доцент.

Имаев Тимур Эмвярович – главный научный сотрудник лаборатории гибридных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний Научно-исследовательского института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, д.м.н.

Киселева Татьяна Владимировна – научный сотрудник ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России.

Комлев Алексей Евгеньевич – врач-кардиолог отдела сердечно-сосудистой хирургии Научно-исследовательского института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России.

Крестьянинов Олег Викторович – заведующий научно-исследовательским отделом эндоваскулярной хирургии Института патологии кровообращения ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, д.м.н.

Лазарева Наталия Витальевна – ведущий научный сотрудник лаборатории мониторинга программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний научно-организационного отдела ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, к.м.н.

Лукшин Василий Андреевич – руководитель группы реконструктивной хирургии магистральных артерий головного мозга ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России, д.м.н.

Ляшенко Максим Михайлович – заведующий кардиохирургическим отделением № 2 ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, к.м.н.

Марская Наталия Андреевна – научный сотрудник ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России.

Милиевская Елена Борисовна – заместитель заведующего научно-организационным отделом ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, д.м.н.

Миннуллин Ильдар Пулатович – заведующий кафедрой скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Мирошниченко Александр Григорьевич – главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи СЗФО, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, д.м.н., профессор.

Мишина Ирина Евгеньевна – первый заместитель директора медицинского института СПбГУ, д.м.н., профессор.

Москвина Светлана Сергеевна – доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, к.м.н.

Палеев Филипп Николаевич – первый заместитель генерального директора – заместитель генерального директора ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России по научной работе, член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н.

Полунина Наталья Алексеевна – доцент кафедры фундаментальной нейрохирургии ИНОПР ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, старший научный сотрудник отделения неотложной нейрохирургии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», к.м.н.

Прасол Денис Михайлович – доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, к.м.н.

Проваторов Сергей Ильич – главный научный сотрудник лаборатории совершенствования оказания медицинской помощи больным с ИБС Научно-исследовательского института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, д.м.н.

Пчелина Инна Владимировна – руководитель организационно-методической службы Центра реализации функций ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, к.м.н.

Разумный Николай Владимирович – доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, к.м.н.

Романова Елизавета Александровна – ассистент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России.

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н.

Семенов Владимир Юрьевич – заместитель директора по организационно-методической работе института кардиохирургии им. В.И. Бураковского ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Сирота Дмитрий Андреевич – заведующий научно-исследовательским отделом хирургии аорты, коронарных и периферических артерий Института патологии кровообращения ФГБУ «НМИЦ им. академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, д.м.н.

Соловьева Анжела Евгеньевна – заведующий отделом научного сопровождения и кадрового обеспечения Управления по реализации федеральных проектов ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, к.м.н.

Скрыпник Дмитрий Владимирович – главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению Департамента Здравоохранения г. Москвы, заведующий кафедрой кардиологии Российского Университета Медицины, д.м.н., профессор.

Сорокин Евгений Владимирович – руководитель научно-организационного отдела ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, к.м.н.

Стожаров Вадим Владимирович – заместитель директора НМИЦ по направлению «скорая медицинская помощь», проректор по безопасности и развитию ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Теплов Вадим Михайлович – профессор кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, руководитель отдела скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, д.м.н., доцент.

Усачев Дмитрий Юрьевич – директор ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН.

Федоренко Алексей Александрович – заместитель начальника службы по развитию регионального здравоохранения управления по реализации федеральных проектов ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.

Хруслов Максим Владимирович – ведущий научный сотрудник НИЛ клинической ангиологии Института сердца и сосудов ФГБУ «НМИЦ ИМ. им. В.А. Алмазова» Минздрава России, д.м.н.

Цебровская Екатерина Андреевна – доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, эксперт отдела перспективного развития НМИЦ по направлению «скорая медицинская помощь» ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, к.м.н.

Шангина Анна Михайловна – заместитель начальника Управления по реализации задач НМИЦ в субъектах Российской Федерации ФГБУ «НМИЦК им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, к.м.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

Яковлев Алексей Николаевич – начальник службы по развитию регионального здравоохранения Управления по реализации федеральных проектов ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, к.м.н.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКТ – антикоагулянтная терапия.	Регламент маршрутизации – приложения с регламентом маршрутизации по отдельным сердечно-сосудистым заболеваниям и (или) состояниям.
БСК – болезни системы кровообращения.	Регламент ТМК – регламент проведения телемедицинских консультаций пациентам с ССЗ.
ВиППКС – врожденные и приобретенные пороки клапанов сердца.	РСЦ – региональный сосудистый центр.
ВСА – внутренняя сонная артерия.	СМП – скорая медицинская помощь.
ДН – диспансерное наблюдение.	ШРМ – шкала реабилитационной маршрутизации.
КР – клинические рекомендации.	ЭКГ – электрокардиограмма.
МО – медицинская организация.	ЭХОКГ – эхокардиография.
МРТ – магнитно-резонансная томография.	ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания.
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография.	ССХ – сердечно-сосудистая хирургия.
НРСиП – нарушения сердечного ритма и проводимости.	ТМК – телемедицинская консультация.
ОАС – острый аортальный синдром.	ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии.
ОИК – острая ишемия конечности.	УЗИ – ультразвуковое исследование.
ОКС – острый коронарный синдром.	Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» – Федеральный проект БССЗ.
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения.	ФЗ – федеральный закон.
Отделение ОНМК – медицинские организации, в структуре которых организован региональный сосудистый центр и/или первичное сосудистое отделение для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения.	ХСН – хроническая сердечная недостаточность.
ПСО – первичное сосудистое отделение.	Центр – Центр мониторинга (центр управления рисками) сердечно-сосудистых заболеваний.
Региональный Порядок – региональный порядок маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.	

I. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В соответствии с паспортом федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – Федеральный проект БССЗ) Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» в период 2025–2030 годов запланирована реализация мероприятия по формированию, утверждению и ежегодной актуализации региональных порядков маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – Региональный Порядок).

Региональный Порядок – нормативно-правовой акт органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации, описывающий инфраструктуру, деятельность и принципы взаимодействия медицинских организаций (далее – МО), оказывающих медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения (далее – БСК). Региональный Порядок определяет регламенты маршрутизации пациентов при отдельных сердечно-сосудистых заболеваниях (далее – ССЗ) и (или) состояниях на территории субъекта Российской Федерации, и, при необходимости, межрегиональное взаимодействие с МО других субъектов Российской Федерации и МО федерального уровня, в том числе с использованием телемедицинских технологий.

Регламент маршрутизации – документ в структуре Регионального Порядка маршрутизации, в котором представлен оптимальный маршрут пациента с конкретным ССЗ и (или) состоянием на территории субъекта Российской Федерации, разработанный с учетом региональных особенностей и обеспечивающий выполнение действующих клинических рекомендаций (далее – КР) и порядков на каждом из этапов оказания медицинской помощи.

Маршрут пациента – это мультидисциплинарный инструмент управления, основанный на доказательной практике, разработанный для определенной группы пациентов с предсказуемым клиническим течением заболевания, в котором различные задачи (вмешательства) специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи, определены, оптимизированы и упорядочены по минутам/часам (экстренная помощь), дням (неотложная помощь) или неделям (плановая помощь).

В данных методических рекомендациях представлены принципы формирования Регионального Порядка маршрутизации пациентов с ССЗ, а также приведены основные положения регламентов при отдельных ССЗ и (или) состояниях.

Региональный Порядок отражает особенности инфраструктуры и процессов оказания помощи в субъекте Российской Федерации. Разрабатывается с учетом права граждан на выбор МО и утверждается приказом органа исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации. Документ должен содержать четкую и детализированную информацию, исключающую неоднозначное толкование.

При разработке Регионального Порядка необходимо учитывать положения следующих документов:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323-ФЗ);
- Постановление правительства «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий реализации год»;
- Приказ Минздравсоцразвития России от 05.10.2005 № 617 «О Порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере

здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний» (далее – Приказ № 617);

- Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (далее – Приказ № 918н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» (далее – Приказ № 919н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю терапия»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 926н «Об утверждении порядка оказания медпомощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы»;
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (далее – Приказ № 928н);
- Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "нейрохирургия"» (далее – Приказ № 931н);
- Приказ Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий»;
- Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;
- Приказ Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (далее – Приказ № 796н);
- Приказ Минздрава России от 05.05.2016 № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения» (далее – Приказ № 279н);
- Приказ Минздрава России от 26.12.2016 № 997н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» (далее – Приказ № 997н);
- Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Приказ № 804н);
- Приказ Минздрав России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее – Приказ № 965н);
- Приказ Минздрава России от 06.12.2017 № 974н «Об утверждении правил проведения эндоскопических исследований» (далее – Приказ № 974н);
- Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

- Приказ Минздрава России от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (далее – Приказ № 824н);
- Приказ Минздрава России от 08.06.2020 № 557н «Об утверждении правил проведения ультразвуковых исследований» (далее – Приказ № 557н);
- Приказ Минздрава России от 09.06.2020 № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований» (далее – Приказ № 560н);
- Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (далее – Приказ № 788н);
- Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"»;
- Приказ Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования» (далее – Приказ № 1363н);
- Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ № 404н);
- Приказ Минздрава России от 18.05.2021 № 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований» (далее – Приказ № 464н);
- Приказ Минздрава России от 19.08.2021 № 866н «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность»;
- Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – Приказ № 168н);
- Приказ Минздрава России от 21.04.2022 № 276н «Об утверждении случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации вне таких медицинских организаций» (далее – Приказ № 276н);
- Приказ Минздрава России от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология"»;
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» (далее – Приказ № 185н);
- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (далее – Приказ № 186н);

- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее – Приказ № 193н);
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 202н);
- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 205н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» (далее – Приказ № 205н);
- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 206н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований» (далее – Приказ № 206н);
- Приказ Минздрава России от 29.04.2025 № 261н «Об утверждении порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий»;
- Письмо Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», направляемое в субъекты Российской Федерации ежегодно;
- Региональная программа «Борьба с ССЗ» субъекта Российской Федерации, а также иные Региональные программы, сформированные в рамках Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Региональный Порядок не должен повторять основные позиции, представленные в вышеперечисленных документах, а должен отражать региональные особенности. Допустимы ссылки на региональные нормативно-правовые акты, регламентирующие медицинскую реабилитацию, паллиативную медицинскую помощь, диспансерное наблюдение (далее – ДН), санаторно-курортное лечение и иные документы.

При разработке разделов Регионального Порядка необходимо учитывать наличие действующих лицензий на осуществление медицинской деятельности, материально-техническое оснащение и кадровое обеспечение МО, фактические и запланированные объемы оказания медицинской помощи.

II. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРЯДКА МАРШРУТИЗАЦИИ

Региональный Порядок формируется в виде единого документа с общей частью и приложениями. Приложения включают в себя регламенты маршрутизации по отдельным ССЗ и (или) состояниям.

В общей части Регионального Порядка необходимо отразить:

- Нормативно-правовые основы, методические и справочные материалы, использованные при разработке документа;
- Алгоритм утверждения и периодичность пересмотра документа;
- Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь больным с ССЗ (с соответствующими зонами территориального прикрепления);
- Алгоритмы и сроки оказания различных видов медицинской помощи пациентам с ССЗ;
- Перечень ответственных лиц, их полномочия и зоны ответственности, а также механизм контроля за соблюдением Регионального Порядка.

С учетом различий в требованиях к инфраструктуре, материально-техническому, кадровому обеспечению и срокам оказания медицинской помощи при различных нозологиях, в структуре Регионального Порядка в рамках отдельных приложений формируются регламенты маршрутизации по отдельным ССЗ и (или) состояниям. Регламенты маршрутизации содержат перечни МО, участвующих в оказании медицинской помощи, отражают особенности взаимодействия и реализации процессов, соответствуют требованиям клинических рекомендаций по данной нозологии. Выбор нозологий для формирования отдельного регламента основывается на следующих принципах:

- Существенный вклад в показатели заболеваемости и смертности в субъекте Российской Федерации;
- Наличие временных ограничений оказания медицинской помощи, требующих эффективного взаимодействия на различных этапах;
- Особенности диагностических и лечебных вмешательств, требующих формирования оптимального маршрута пациента, в том числе в рамках мультидисциплинарного подхода.

Представляется целесообразным формирование следующих регламентов маршрутизации:

- Регламент маршрутизации на проведение отдельных видов диагностических исследований сердечно-сосудистой системы;
- Регламент маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом (далее – ОКС);
- Регламент маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости;
- Регламент маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью;
- Регламент маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом;
- Регламент маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей;
- Регламент маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии;
- Регламент маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК);
- Регламент маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий;

- Регламент маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца;
- Регламент маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии;
- Регламент маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена;
- Регламент проведения телемедицинских консультаций (далее – ТМК) пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Минимальным обязательным требованием к структуре Регионального Порядка является наличие общей части с описанием подходов к маршрутизации пациентов с БСК в целом, а также наличие:

- Регламента маршрутизации пациентов с ОКС;
- Регламента маршрутизации пациентов с ОНМК.

В случае совпадения схемы маршрутизации пациентов при иных острых и неотложных ССЗ с регламентом маршрутизации пациентов с ОКС, они могут быть объединены.

Отдельным приложением Регионального Порядка необходимо регламентировать деятельность структур, ответственных за сбор, хранение и анализ информации по эффективности реализации системы маршрутизации пациентов с ССЗ на всех этапах.

III. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕЙ ЧАСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОРЯДКА МАРШРУТИЗАЦИИ

Разработка Регионального Порядка и его утверждение проводятся в соответствии с основными правилами подготовки нормативных правовых актов. Региональный Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с ССЗ в МО субъекта Российской Федерации.

Региональный Порядок создается на основе КР, соответствует действующим порядкам и положениям об организации медицинской помощи. В общей части Регионального Порядка необходимо указать нормативно-правовые основы, методические и справочные материалы, используемые при разработке документа. Информация об основных документах, которые необходимо учитывать, представлена в разделе I «Нормативно-правовые основы маршрутизации пациентов с ССЗ».

В общей части Регионального Порядка необходимо уточнить алгоритм утверждения и периодичность пересмотра документа. В соответствии с паспортом Федерального проекта БССЗ с 2025 по 2030 год до 1 ноября 2025 г. (в последующие года ежегодно до 1 апреля) необходимо проводить актуализацию нормативно-правовых актов субъектов Российской Федерации, отражающих маршрутизацию пациентов с ССЗ. Целесообразен ежегодный пересмотр Регионального Порядка. При необходимости, например, в связи с изменением инфраструктуры или схемы маршрутизации, возможна более частая актуализация документа.

Общая часть Регионального Порядка должна содержать информацию об инфраструктуре, основных принципах организации различных видов медицинской помощи пациентам с ССЗ на всех этапах. При наличии индивидуальных особенностей субъекта Российской Федерации общая схема помощи пациентам с ССЗ может быть детализирована дополнительно.

Подходы к организации медицинской помощи при отдельных ССЗ и (или) состояниях должны быть представлены в виде отдельных приложений (регламентов маршрутизации). Рекомендации по их разработке представлены в разделе IV «Принципы формирования регламентов маршрутизации при отдельных нозологиях».

Перечень МО, алгоритмы и сроки оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ целесообразно структурировать в соответствии с видами, формами и условиями:

- Перечень МО субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях;
- Направление пациентов с подозрением на наличие или установленным ССЗ к врачу-специалисту в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- Постановка под ДН после выявления ССЗ;
- Перечень МО субъекта Российской Федерации, оказывающих пациентам с ССЗ специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах;
- Направление на плановую госпитализацию пациентов с ССЗ;
- Направление на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с ССЗ (за исключением случаев описанных в отдельных регламентах маршрутизации);
- Реабилитационные мероприятия и санаторно-курортное лечение после выявления ССЗ;
- Алгоритмы обеспечения выдачи льготных лекарственных препаратов отдельным категориям пациентов с ССЗ.

Перечень лиц, ответственных за реализацию Регионального Порядка, следует представить с детальным указанием зон их ответственности, а также механизма контроля за соблюдением Регионального Порядка.

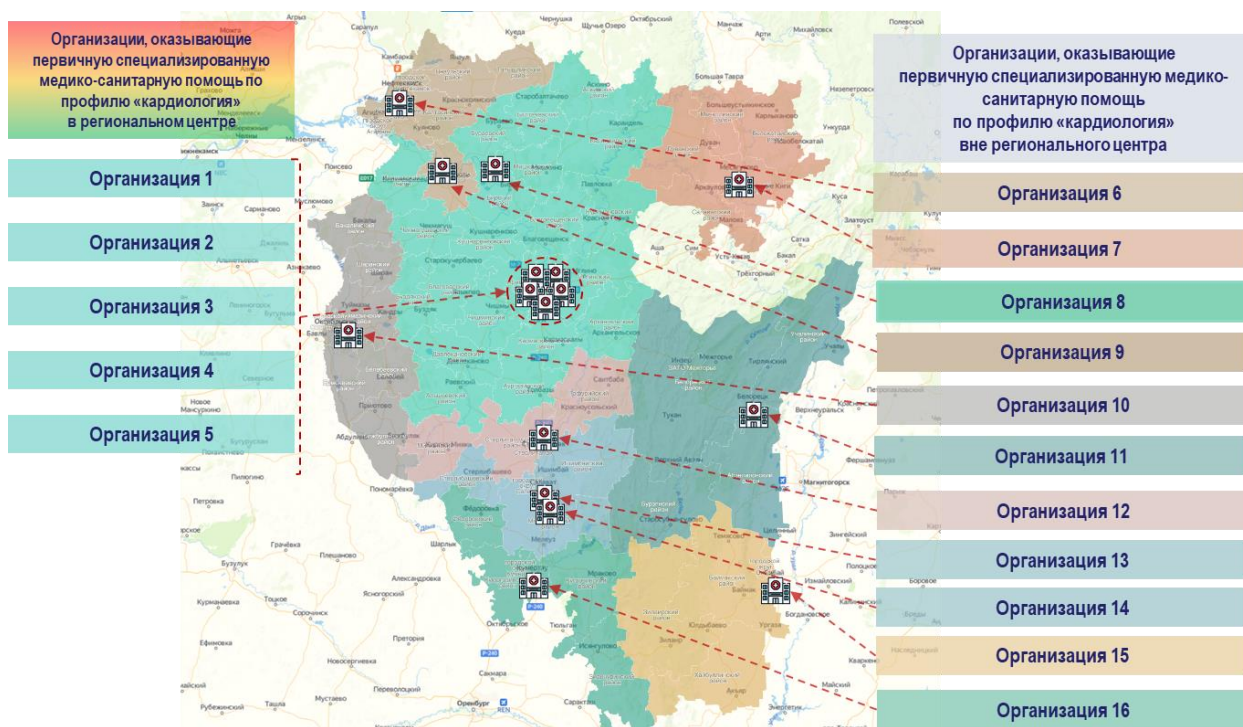
3.1. Перечень медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в амбулаторных условиях

С учетом индивидуальных особенностей субъекта Российской Федерации должен быть определен перечень МО, которые, в соответствии с территориальной программой государственных гарантий, оказывают первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с подозрением на наличие или установленным ССЗ, а также перечень МО, осуществляющих ДН (таблица 1). Необходимо указать наименование МО, фактические адреса, возможную зону ответственности и профиль медицинской помощи (кардиология, неврология, сердечно-сосудистая хирургия {далее – ССХ}) и возможную схему территориального закрепления МО (рисунок 1).

Таблица 1. Пример формирования таблицы с перечнем МО, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
Учреждения, оказывающие консультативную помощь по профилю и осуществляющие диспансерное наблюдение			
Организация 1	Адрес организации 1	Район 1 Район 2	Кардиология Неврология
Организация 2	Адрес организации 2	Район 3 Район 4	Кардиология ССХ
Учреждения, оказывающие только консультативную помощь по профилю			
Организация 3	Адрес организации 3	Район 5 Район 6	Кардиология ССХ
Организация 4	Адрес организации 4	Район 7	Кардиология Неврология

Рисунок 1. Пример схемы территориального закрепления МО, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь пациентам с ССЗ в амбулаторных условиях



3.2. Направление пациентов с подозрением на наличие или установленным сердечно-сосудистым заболеванием к врачу-специалисту в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи

Принципы организации и осуществления первичной медико-санитарной помощи изложены в Приказе № 202н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказе 276н, Приказе 404н, Приказе № 543н (утрачивает силу 01.09.2025). При наличии показаний врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-участковыми цехового врачебного участка, врачами-специалистами, средними медицинскими работниками пациент с подозрением на наличие или с установленным ССЗ должен быть направлен к врачу-специалисту (врачу-кардиологу, врачу-неврологу, врачу ССХ). В соответствии с Приказом № 918н при отсутствии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях пациента направляют в кардиологический кабинет МО для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-кардиологами, врачами-неврологами, врачами ССХ, врачами по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению¹.

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в МО². Сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследований².

¹ Приказ № 918н.

² В соответствии с требованиями к территориальной программе государственных гарантий, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».

В рамках общей части Регионального Порядка необходимо дополнительно указать способы и механизмы контроля за показателями:

- Промежуток между получением направления к врачу-специалисту и явкой пациентов;
- Сроки проведения инструментальных и лабораторных обследований в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- Время и форма (экстренная, неотложная, плановая) госпитализации в стационар в связи с ССЗ с момента выявления заболевания.

Мониторирование сроков и формы госпитализации позволяет оценить эффективность диагностики и лечения ССЗ у пациента на амбулаторном этапе. В виду высокой значимости данного параметра инициировано изучение схожего показателя в рамках Федерального отраслевого инцидента № 9 «Повышение эффективности управления системой мер по снижению смертности взрослого населения»³.

3.3. Постановка под диспансерное наблюдение после выявления сердечно-сосудистого заболевания

Диспансерное наблюдение и выбор медицинского работника, осуществляющего ДН, проводится в соответствии с порядком, утвержденном Приказом № 168н. В общей части Регионального Порядка необходимо детализировать алгоритм мониторинга исполнения положений Приказа № 168н. Следует контролировать:

- Сроки взятия под ДН;
- Периодичность диспансерных приемов;
- Соблюдение перечня контролируемых показателей в рамках ДН;
- Охват ДН лиц, подлежащих ДН, в том числе трудоспособного возраста.

Необходимо обозначить механизм, сроки и перечень мониторируемых целевых показателей, а также детализовать механизмы:

- Передачи информации о взятии пациентов на ДН;
- Информирования лиц, подлежащих ДН, о необходимости проведения визитов к врачу в рамках ДН;
- Соблюдения перечня и частоты оценки контролируемых показателей в рамках ДН;
- Анализа информации на уровне отдельных МО и субъекта Российской Федерации в целом.

3.4. Перечень медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оказывающих пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах

С учетом индивидуальных особенностей субъекта Российской Федерации должен быть определен перечень МО, которые в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах (таблица 2). Необходимо указать наименование МО, фактические адреса, зону ответственности, профиль (кардиология, неврология, ССХ)

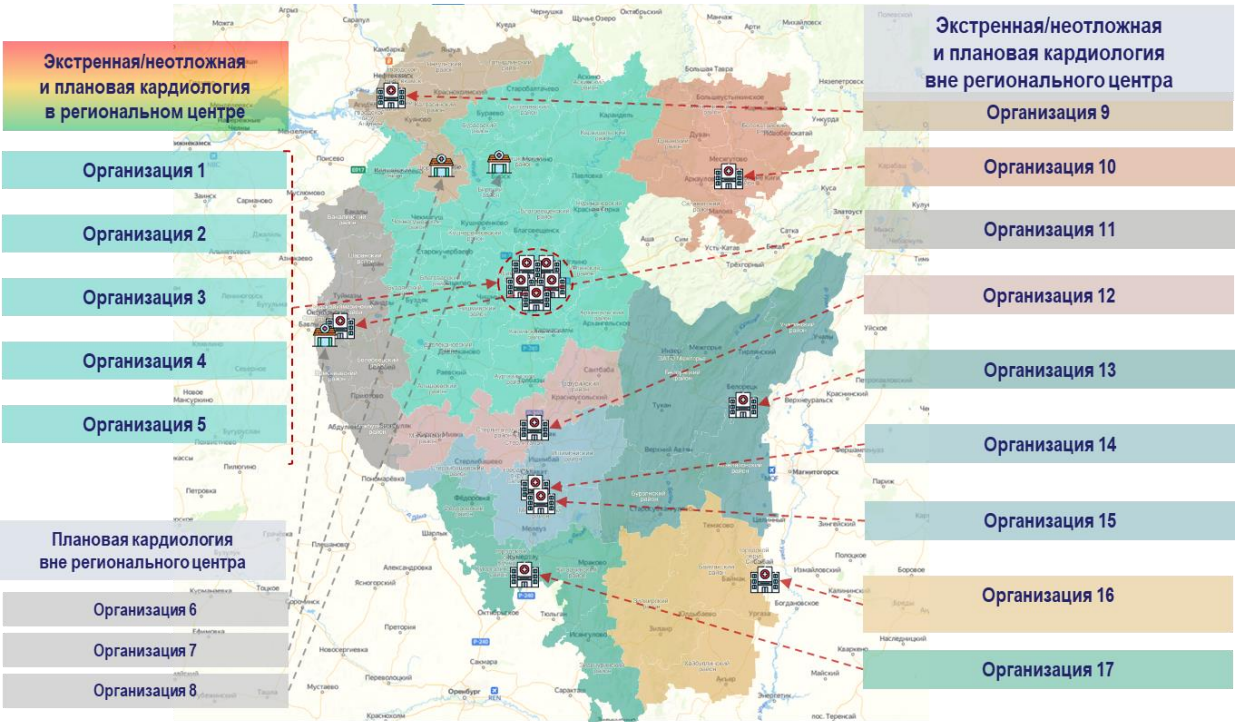
³ Доля лиц в возрасте от 18 лет и старше, застрахованных в системе ОМС, с болезнями системы кровообращения (I05-I09, I34-I37, I51.0-I51.2, I71, Z95.2-Z95.4, Z95.8, Z95.9, I10-I15, I20-I25, Z95.1, Z95.5, I26, I27.0, I28, I27.2, I27.8, I33, I38 - I39, I40, I41, I51.4, I42, I44-49, Z95.0, I50, I65.2, E78, Q20-Q28, I69.0-I69.4, I67.8), состоявших по этому поводу под диспансерным наблюдением и госпитализированных в связи с их обострениями или осложнениями в отчетном периоде (с 1 января текущего года по конец отчетного месяца) хотя бы раз, %.

и форму оказания медицинской помощи (экстренная, неотложная, плановая). Отдельно необходимо сформировать схему территориального закрепления МО (рисунок 2).

Таблица 2. Пример формирования таблицы с перечнем МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зоны ответственности	Форма оказания и профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)
Организация 1	Адрес организации 1	Район 1 Район 2	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Плановая неврология Экстренная, неотложная, плановая ССХ
Организация 2	Адрес организации 2	Район 3 Район 4	Экстренная, неотложная, плановая кардиология Экстренная, неотложная, плановая неврология
Организация 3	Адрес организации 3	Район 5 Район 6	Экстренная, неотложная, плановая кардиология

Рисунок 2. Пример схемы территориального закрепления МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в экстренной, неотложной и плановой формах



3.5. Направление на плановую госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Направление пациентов с ССЗ на плановую госпитализацию осуществляется в соответствии с действующей территориальной программой государственных гарантий и соответствующими нормативными правовыми актами Минздрава России: Приказом № 185н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказом № 186н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказом № 617н, Приказом № 796н (утрачивает силу 01.09.2025), Приказом № 824н (утрачивает силу 01.09.2025), Приказом № 918н, Приказом № 928н; Приказом № 1363н.

Направление на оказание специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в плановой форме осуществляется лечащим врачом. Определение показаний для высокотехнологичной медицинской помощи в плановой форме осуществляется врачебной комиссией МО, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная медицинская помощь. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор МО осуществляется в соответствии с направлением. В случае, если соответствующий вид помощи оказывает несколько МО, лечащий врач информирует гражданина о возможности выбора МО и направление заполняется в соответствии с предпочтением пациента⁴.

Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию^{5, 6}.

В общей части Регионального Порядка в рамках отдельной таблицы формируется перечень МО субъекта Российской Федерации, осуществляющих плановую медицинскую помощь пациентам с ССЗ (таблица 2).

В общей части Регионального Порядка необходимо дополнительно указать механизмы контроля:

- Сроков ожидания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- Сроков ожидания и объема оказания высокотехнологической медицинской помощи жителям субъекта Российской Федерации как в регионе, так и за его пределами.

3.6. Направление на экстренную/неотложную госпитализацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (за исключением случаев, описанных в отдельных регламентах маршрутизации)

Основными документами, регламентирующими экстренную/неотложную помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, являются Приказ № 796н, Приказ № 918н; Приказ № 919н; Приказ № 928н, Приказ № 931н.

В соответствии с Приказом № 796н, а с 01.09.2025 Приказом № 185н для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент доставляется выездной бригадой скорой медицинской помощи или самостоятельно обращается в МО. При оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской

⁴ Пункт 4 статьи 21 ФЗ № 323-ФЗ.

⁵ Требования к территориальной программе государственных гарантий, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов».

⁶ Приказ № 617.

помощи в МО или от момента самостоятельного обращения пациента в МО до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 часа⁷.

Для пациентов с ССЗ, для которых не предусмотрен отдельный регламент маршрутизации, выбор МО осуществляется в соответствии с перечнем учреждений, оказывающих помощь по профилям «кардиология», «неврология» и «ССХ» в экстренном/неотложном порядке (таблица 2). Алгоритм предполагает госпитализацию в профильный стационар в наиболее короткие сроки. При наличии регламента маршрутизации для отдельной острой формы ССЗ, дается ссылка на соответствующее приложение в Региональном Порядке.

В общей части Регионального Порядка необходимо дополнительно указать механизмы контроля:

- Сроков госпитализации в экстренном/неотложном порядке с момента вызова бригад скорой медицинской помощи, с момента постановки предварительного диагноза;
- Случаев непрофильной госпитализации;
- Переводов из одних МО в другие в случае выявления ССЗ и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной/неотложной форме.

3.7. Реабилитационные мероприятия и санаторно-курортное лечение при сердечно-сосудистых заболеваниях

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение регулируются Приказом № 279н, Приказом № 788н. Медицинская реабилитация включает в себя комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций. Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза с использованием категорий международной классификации функционирования и шкалы реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ).

Медицинская реабилитация осуществляется МО всех уровней или иными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации.

Первый этап медицинской реабилитации рекомендуется осуществлять в структурных подразделениях МО, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях.

Второй этап медицинской реабилитации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы, отделении медицинской реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями, созданных в МО, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

⁷ Приказ № 796н (утрачивает силу 01.09.2025), Приказ № 185н (вступает в силу с 01.09.2025).

В общей части Регионального Порядка необходимо указать перечень медицинских организаций, в которых проводится 2 и 3 этапы медицинской реабилитации (в зависимости от возможностей региональных организаций, осуществляющих мероприятия по медицинской реабилитации), профиль помощи пациентам и уровень/характер реабилитации (таблица 3).

Таблица 3. Пример формирования таблицы с перечнем МО, оказывающих медицинскую реабилитацию пациентам с ССЗ

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Зона ответственности	Профиль помощи (кардиология/неврология/ССХ)	Уровень и характер медицинской реабилитации
Организация 1	Адрес организации 1	Район 1 Район 2	Кардиология	2 уровень реабилитации пациентов с общесоматическими заболеваниями
Организация 2	Адрес организации 2	Район 3 Район 4	Неврология	2 уровень медицинская реабилитация пациентов с нарушением функции центральной нервной системы

Отдельно описывается алгоритм направления пациентов с ССЗ на санаторно-курортное лечение, а также формируется перечень показаний для получения санаторно-курортного лечения, условия и особенности направления врачом-специалистом пациентов для проведения санаторно-курортного лечения.

При наличии собственной базы для проведения санаторно-курортного лечения следует указать порядок направления пациентов, а также перечень МО, с указанием их адресов (таблица 4).

Таблица 4. Пример формирования таблицы с перечнем МО, оказывающих санаторно-курортное лечение пациентам с ССЗ

Наименование медицинской организации	Фактический адрес	Профиль пациентов, направляемых на санаторно-курортное лечение
Организация 1	Адрес организации 1	Кардиология
Организация 2	Адрес организации 2	Неврология

3.8. Льготные лекарственные препараты для отдельных категорий пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В общей части Регионального Порядка необходимо отразить действующие программы бесплатного лекарственного обеспечения федерального и регионального уровня в отношении отдельных групп пациентов с БСК. Следует указать критерии включения пациентов в льготную группу, длительность лекарственного обеспечения, условия исключения, а также детализировать механизмы по контролю за реализацией на амбулаторном этапе. Целесообразно формирование отдельных памяток, блок-схем или чек-листов для региональных специалистов с указанием критериев выбора того или иного вида льготной программы.

Необходимо дополнительно указать способы и механизмы оценки эффективности реализации программ бесплатного лекарственного обеспечения, в том числе контроль:

- Корректности представляемой отчетности;
- Сроков и объема выдачи лекарственных препаратов;
- Возобновления рецептов и удержания пациентов в программе;
- Остатков лекарственных препаратов и сроков их реализации;
- Механизмов повышения охвата программами льготного лекарственного обеспечения.

IV. ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЛАМЕНТОВ МАРШРУТИЗАЦИИ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЯХ

Регламенты маршрутизации по отдельным ССЗ и (или) состояниям, требующим определенной инфраструктуры и имеющим особенности оказания медицинской помощи в соответствии с КР, должны содержать следующую информацию:

1. Перечень учреждений, участвующих в маршрутизации, с их зоной ответственности (муниципальными районами). Также дополнительно можно обозначить численностью прикрепленного населения, округленную до 10 000 человек. Таблицы соответствуют таблице 1, таблице 2 из раздела III. «Принципы формирования общей части регионального порядка маршрутизации»
2. Карты-схемы зон ответственности маршрутизации (при необходимости). Карты-схемы соответствуют рисунку 1, рисунку 2 из раздела III. «Принципы формирования общей части регионального порядка маршрутизации»
3. Алгоритм маршрутизации в зависимости от ССЗ и (или) состояния, указанного в регламенте.
4. Регламент взаимодействия МО в ходе оказания медицинской помощи (включая межтерриториальное взаимодействие с медицинскими учреждениями регионального и федерального уровней).
5. Регламент направления на медицинскую реабилитацию с перечнем учреждений, оказывающих помощь на втором и третьем этапах медицинской реабилитации, с привязкой к МО, оказывающим специализированную помощь (если данный регламент отличается от представленного в общей части Регионального Порядка).
6. Иные позиции в зависимости от ССЗ и (или) состояния, указанного в регламенте маршрутизации.

4.1. Принципы формирования регламента маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы

Настоящий регламент регулирует вопросы маршрутизации пациентов на отдельные виды диагностических исследований сердечно-сосудистой системы, кроме случаев, которые описываются отдельными регламентами маршрутизации. Данный раздел не детализирует схему в рамках конкретных нозологий, а отражает доступность отдельных видов диагностических исследований на уровне субъекта Российской Федерации. Регламент формируется с учетом Приказа № 205н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказа № 206н (вступает в силу с 01.09.2025), Приказа № 464н, Приказа № 557н, Приказа № 560н, Приказа № 804н, Приказа № 974н (утрачивает силу 01.09.2025), Приказа № 997н (утрачивает силу с 01.09.2025).

В регламенте маршрутизации на проведение отдельных видов исследований сердечно-сосудистой системы рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень методов диагностики, а также перечень МО, где данные методы диагностики доступны (таблица 5).

2. Зоны территориального распределения, если одни и те же виды диагностических исследований выполняются в нескольких МО субъекта Российской Федерации.

3. При отсутствии возможности проведения отдельных исследований в МО на территории субъекта Российской Федерации – алгоритм межтерриториального взаимодействия с медицинскими организациями регионального и федерального уровней, имеющих в составе подразделения с соответствующим оснащением и кадровым обеспечением.

Таблица 5. Предполагаемый перечень методов диагностики в рамках регламента маршрутизации на проведение отдельных видов исследований при ССЗ

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности ⁸
Рекомендуемые для включения методы диагностики		
Эхокардиография с физической/фармакологической нагрузкой		
Чреспищеводная эхокардиография		
Коронароангиография		
Коронароангиография с использованием методов внутрисосудистой визуализации и/или оценкой физиологии кровотока		
Компьютерно-томографическая коронарография		
Однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда		

⁸ При наличии нескольких медицинских организаций, выполняющих отдельный вид диагностических исследований

Методы диагностики	Медицинская организация	Зоны ответственности ⁸
перфузионная с функциональными пробами		
Позитронно-эмиссионная томография миокарда, в том числе с функциональными пробами		
Магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием		

Примечание: Исходя из особенности заболеваемости и смертности, инфраструктуры и кадрового обеспечения субъекта Российской Федерации, перечень может быть дополнен следующими диагностическими исследованиями:

Неинвазивное электрофизиологическое исследование сердца (чреспищеводная предсердная электрокардиостимуляция); длительное мониторирование электрокардиограммы (далее – ЭКГ), в том числе с помощью имплантируемых кардиомониторов (петлевых регистраторов); внутрисердечное электрофизиологическое исследование; эргоспирометрия; полисомнография и кардиореспираторное мониторирование; ортостатические тесты с использованием поворотного стола и др.

4.2. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом.

Для целей настоящего Регламента к ОКС относятся состояния, соответствующие кодам I20.0, I21-I22, I24.0, I24.8, I24.9 международной классификации болезней десятого пересмотра.

В регламенте маршрутизации пациентов с ОКС рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов, с указанием их статуса: первичные сосудистые отделения (далее – ПСО) или региональные сосудистые центры (далее – РСЦ) для больных с ОКС. Для каждой МО необходимо указать:

- Зоны ответственности (муниципальные образования или внутригородские районы);
- Численность взрослого населения в зоне ответственности (округленная до 10 000 человек);
- Расположение МО с рентгеноперационными и число рентгенангиографических установок.

Комментарий: РСЦ и ПСО рекомендовано создавать на базе многопрофильных больниц с целью снижения риска регоспитализации из-за возможности оказания медицинской помощи и коррекции сопутствующих заболеваний и состояний по другим профилям.

Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью формируется перечень МО, имеющих отделение реанимации и интенсивной терапии и периодически оказывающих медицинскую помощь пациентам с ОКС.

2. Алгоритм диагностики ОКС и оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Комментарий: Предусмотреть описание диагностических и лечебных мероприятий в зависимости от типа ОКС в соответствии с действующими КР, отразить соблюдение мониторируемых временных периодов – времени снятия ЭКГ, получения ее для дистанционной расшифровки специалистами единого диспетчерского и координационного центра, отразить алгоритм проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе и др.

3. Алгоритм маршрутизации и приоритетной медицинской эвакуации пациентов с ОКС в зависимости от типа ОКС, в том числе для выполнения реваскуляризации.

Комментарий: Позиция о необходимости госпитализации пациентов с ОКС в профильные подразделения соответствует и регулируется действующими КР.

При разработке алгоритма необходимо ориентироваться на основные позиции КР: приоритетная госпитализация пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ и пациентов с ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ высокого риска в РСЦ, минуя ПСО. Транспортировка пациента в РСЦ выполняется в максимально короткие сроки, с соблюдением временных интервалов, предусмотренных КР.

Не рекомендована организация ПСО (подразделения в МО без возможности проведения чрескожных коронарных вмешательств) в районах субъекта Российской Федерации при наличии РСЦ, время доставки в которые сопоставимо.

4. Карту-схему маршрутизации и медицинской эвакуации (в том числе с использованием санитарной авиации) пациентов с ОКС в МО субъекта Российской Федерации, а также другие субъекты Российской Федерации (при необходимости).

5. Алгоритм взаимодействия МО и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС, включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней.

Комментарий. Рекомендовано предусмотреть следующие виды взаимодействия:

- *Взаимодействие бригад скорой медицинской помощи с дистанционным консультативным центром, осуществляющим расшифровку ЭКГ и консультации по тактике ведения пациента;*
- *взаимодействие бригад скорой медицинской помощи с РСЦ/ПСО, в которые транспортируется пациент;*
- *взаимодействие дистанционного консультативного центра с территориальным центром медицины катастроф для планирования медицинской эвакуации пациентов с ОКС из районных больниц;*
- *взаимодействие врача стационара для ТМК с врачом РСЦ/ПСО.*

Целесообразно наделить РСЦ в структуре ведущей МО субъекта Российской Федерации координирующими функциями ежедневного контроля маршрутизации пациентов с ОКС на территории субъекта Российской Федерации.

6. Алгоритм взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам с ОКС, требующим проведения рентгенэндоваскулярного, кардиохирургического и иного высокотехнологического медицинского вмешательства, в том числе в профильных федеральных центрах.

7. Перечень муниципальных образований с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью, с указанием сроков и способов экстренной медицинской эвакуации пациентов с ОКС.

8. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС.

9. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия при ОКС с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках медицинской реабилитации при ОКС, а также сроков проведения реабилитации с учетом ШРМ.

10. Алгоритм направления на санаторно-курортное лечение пациентов, перенесших ОКС.

11. Схему информационного взаимодействия МО, включенных в регламент маршрутизации пациентов с ОКС, и информационного обеспечения реализации программы по получению бесплатных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот (при необходимости дополняя схему, представленную в общей части Регионального Порядка).

4.3. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным с нарушениями сердечного ритма и проводимости (далее – НРСиП).

Для целей настоящего регламента к НРСиП относятся состояния, соответствующие кодам I44-I49 международной классификации болезней десятого пересмотра.

В регламенте маршрутизации пациентов с НРСиП рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, участвующих в оказании помощи пациентам с НРСиП. Перечень может конкретизировать или ссылаться на информацию, представленную в общем разделе Регионального Порядка. Информацию о МО, участвующих в помощи пациентам с НРСиП, в структуре которых имеются: отделение терапии, кардиологическое отделение, ПСО, РСЦ, отделение анестезиологии-реанимации, отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, кардиохирургическое отделение.

В перечне обозначены:

- Зоны ответственности (муниципальные и внутригородские районы), карты-схемы маршрутизации (при необходимости) пациентов с НРСиП в МО;
- Численность взрослого населения в зоне ответственности (округленная до 10 000 человек);

2. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с НРСиП.

Комментарий: Пациент транспортируется в ближайшую МО, имеющую в своей структуре кардиологическое отделение с палатами реанимации и интенсивной терапии, в штатную численность которого входят врачи анестезиологи-реаниматологи, врачи-кардиологи или врачи-ССХ.

В случаях значительной удаленности населенного пункта от специализированной медицинской помощи пациент госпитализируется в центральную районную больницу с последующей медицинской эвакуацией силами Территориального центра медицины катастроф.

3. Алгоритм взаимодействия МО (включая межтерриториальное взаимодействие и взаимодействие с федеральными МО) при направлении пациентов с НРСиП для проведения хирургического вмешательства.

Комментарий: Проведение операций с использованием навигационного картирования рекомендуется в МО, выполняющих более 100 подобных вмешательств ежегодно и/или имеющих в своем составе кардиохирургические подразделения.

4. Перечень муниципальных образований с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью, с указанием сроков и способов экстренной медицинской эвакуации пациентов с ОКС.

5. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с НРСиП.

6. Механизм учета пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу НРСиП, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в рамках

отдельного регистра/реестра (при наличии), с указанием перечня МО, осуществляющих наблюдение за пациентами с имплантированными устройствами.

7. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с НРСиП с учетом значений показателя ШРМ при выписке с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, а также сроков проведения реабилитации с учетом ШРМ (если данный алгоритм отличается от представленного в общей части Регионального Порядка).

8. Алгоритм направления пациентов с НРСиП на санаторно-курортное лечение (если данный алгоритм отличается от представленного в общей части Регионального Порядка).

9. Схему информационного взаимодействия МО, включенных в регламент маршрутизации пациентов с НРСиП и информационного обеспечения реализации программы по получению бесплатных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот (при необходимости дополняя схему, представленную в общей части Регионального Порядка).

4.4. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи больным хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН).

Для целей настоящего регламента к ХСН относятся состояния, соответствующие кодам I50 международной классификации болезней десятого пересмотра.

В регламенте маршрутизации пациентов с ХСН рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень участвующих в маршрутизации пациентов с ХСН структурных подразделений МО:

- Оказывающих первичную, в т.ч. первичную медико-санитарную и первичную специализированную медицинскую помощь пациентам с ХСН (кабинет в структуре амбулаторно-поликлинического подразделения для оказания консультативной и лечебно-профилактической помощи пациентам с ХСН) и медицинскую помощь по профилю «терапия» в стационарных условиях (койки для пациентов с ХСН в структуре терапевтического отделения или терапевтического дневного стационара), обеспечивающих стандартное обследование и ведение пациентов с ХСН;
- Второго и третьего уровней с возможностями углубленного обследования и оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи пациентам с ХСН (койки для пациентов с ХСН в структуре кардиологического отделения или кардиологического дневного стационара);
- Регионального или федерального уровня, осуществляющих ведение сложных коморбидных пациентов с ХСН, пациентов с тяжелой ХСН (2 стадия по классификации Российского кардиологического общества, 2024), трансплантацию сердца и имплантацию вспомогательных устройств кровообращения.

Комментарий: При формировании перечня необходимо предусмотреть дополнительное профессиональное образование – повышение квалификации по проблеме ХСН – для специалистов МО, участвующих в маршрутизации пациентов с ХСН.

2. Зоны ответственности МО региона в части оказания медицинской помощи пациентам с ХСН, с указанием численности прикрепленного населения, округленной до 10 000 человек (таблица 7).

Таблица 7. Предполагаемый перечень МО различного уровня, участвующих в оказании помощи пациентам с ХСН

Район	Медицинские организации первичного и специализированного уровней		Медицинские организации третьего уровня
	Амбулаторные	Стационарные	
Район 1	Организация 1	Организация 2	Организация 3
Район 2	Организация 4	Организация 5	

Целесообразно формирование карты-схемы зон ответственности с указанием, какими силами и средствами осуществляется медицинская эвакуация из отдаленных районов, районов с сезонным ограничением транспортной доступности

(Территориальный центр медицины катастроф/скорая медицинская помощь {далее– СМП}, авиа/наземный транспорт/водный транспорт, иное), а также список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи.

3. Регламент информационного взаимодействия МО, и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ХСН, включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Комментарий: При формировании регламента необходимо предусмотреть в том числе:

- Механизмы своевременного информирования амбулаторной службы о выписке пациента, госпитализированного с декомпенсацией ХСН, с целью реализации раннего (в течение 14 дней после выписки) амбулаторного визита;
- Механизмы обеспечения реализации программы по получению бесплатных лекарственных препаратов на амбулаторном этапе.

4. Алгоритм скрининга в группах риска развития ХСН.

Комментарий: При разработке алгоритма следует обеспечить оценку натрийуретических пептидов и выполнение стандартизированного протокола эхокардиографии (далее – ЭХОКГ) для выявления предстадии ХСН.

5. Алгоритм направления пациентов с предполагаемой или подтвержденной ХСН для проведения отдельных видов диагностических исследований, в том числе в профильных федеральных центрах.

Комментарий: Необходимо предусмотреть перечень необходимых диагностических исследований в зависимости от показаний в соответствии с действующими КР (например, диастолический стресс-тест, ЭХОКГ экспертного уровня, сцинтиграфия миокарда с остеотропными радиофармпрепаратами, магнитно-резонансная томография {далее – МРТ} сердца, эндомиокардиальная биопсия, катетеризация камер сердца и так далее) и перечень МО, в которых доступны соответствующие виды диагностических исследований.

6. Организация медицинской помощи пациентам с ХСН в мультидисциплинарной команде в амбулаторных и стационарных условиях с уточнением механизмов и алгоритма взаимодействия медицинских специалистов разного профиля.

7. Алгоритм выявления и маршрутизации пациентов с тяжелой ХСН (2 стадия по классификации Российского кардиологического общества, 2024), требующих решения вопроса об имплантации вспомогательных устройств кровообращения и/или трансплантации сердца.

8. Алгоритм взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам с ХСН, требующим проведения кардиохирургического, сосудистого и иного высокотехнологического вмешательства, в том числе трансплантации сердца, в профильных региональных и федеральных центрах.

9. Алгоритм маршрутизации и приоритетной медицинской эвакуации пациентов с декомпенсированной ХСН.

Комментарий: При разработке алгоритма необходимо ориентироваться на наличие:

- Известной этиологии сердечной недостаточности и/или очевидной причины декомпенсации ХСН, связанной с неоптимальной терапией или низкой приверженностью к рекомендованным методам лечения (в данном случае возможна госпитализация в терапевтическое отделение);
- Повторных госпитализаций с декомпенсацией ХСН в анамнезе несмотря на попытки оптимизировать терапию или развитие непереносимости терапии (в данном случае следует приоритизировать госпитализацию пациента в кардиологическое отделение МО третьего уровня с целью решения вопроса об использовании вспомогательных методов поддержки кровообращения и/или трансплантации сердца);
- Нестабильной гемодинамики и/или прогрессирования коронарной и/или церебральной сосудистой недостаточности и/или жизнеугрожающих и не дестабилизирующих гемодинамику нарушений ритма и проводимости сердца (в данном случае следует приоритизировать госпитализацию пациента в палату (отделение) реанимации и интенсивной терапии МО второго или третьего уровня, оказывающих медицинскую помощь по профилю «кардиология»);
- Признаков острых жизнеугрожающих состояний как причины декомпенсации ХСН (в данном случае следует руководствоваться соответствующими регламентами маршрутизации).

10. Порядок проведения образовательных мероприятий и школ для пациентов с ХСН, а также структурированной телефонной поддержки пациентов.

11. Алгоритм организации сестринского патронажа пациентов на амбулаторном этапе.

12. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ХСН в зависимости от значений показателя ШРМ с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, а также сроков проведения реабилитации (если данный алгоритм отличается от представленного в общей части Регионального Порядка).

13. Алгоритм направления пациентов с ХСН на паллиативную медицинскую помощь.

14. Регламент контроля качества медицинской помощи.

15. Организация учета пациентов с ХСН, включая организацию ведения регионального и/или межрегионального и/или федерального регистра/реестра пациентов ХСН.

16. Утверждение стандартизированных протоколов, применяемых для скрининга, диагностики и лечения ХСН на амбулаторном и стационарном этапах. Примеры отдельных чек-листов, алгоритмов, отчетных форм и мониторингов, регистров/реестров пациентов, а также других дополнительных материалов по работе подразделений для пациентов с ХСН доступны в публикациях, подготовленных с участием главных внештатных специалистов кардиологов^{9,10}.

⁹ Виллевальде С. В., Соловьева А. Е., Звартау Н. Э., Авдонина Н. Г., Яковлев А. Н., Ситникова М. Ю., Федотов П. А., Лопатин Ю. М., Галевич А. С., Дупляков Д. В., Фомин И. В., Шляхто Е. В. Принципы организации медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью в системе управления сердечно-сосудистыми рисками: фокус на преемственность и маршрутизацию пациентов. Практические материалы // РКЖ. 2021. №S3.

¹⁰ «Методические рекомендации для медицинских сестер кабинетов ХСН» от ФГБУ «НМИЦК им. академика. Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

4.5. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым аортальным синдромом

Настоящий регламент регулирует вопросы организации оказания экстренной медицинской помощи пациентам с острой аортальной патологией: разрывы аневризмы брюшной/грудной аорты, расслоения грудной аорты, интрамуральные гематомы и пенетрирующие язвы аорты. К острому аортальному синдрому (далее – ОАС) относятся состояния, соответствующие кодам I71-I72 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

В регламенте маршрутизации пациентов с ОАС рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов с ОАС и зоны их территориальной ответственности, в том числе с указанием зон с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью и необходимостью использования санитарной авиации при транспортировке пациентов.

Комментарий: Пациент с верифицированным диагнозом ОАС и/или подозрением на него должен госпитализироваться напрямую в МО, имеющую в составе кардиохирургическое отделение и отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, с опытом оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

При невозможности госпитализации пациента напрямую в стационар с кардиохирургическим отделением и отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения и/или при маршрутизации пациента с ОАС с первичным диагнозом ОКС госпитализация пациентов осуществляется в соответствии с регламентом маршрутизации пациентов с ОКС.

2. Алгоритм экстренной ТМК пациентов с подтвержденным ОАС с врачом-ССХ, врачом по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению для определения тактики ведения и возможности транспортировки в специализированную МО, обладающую компетенциями в лечении данной патологии.

3. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий в случае наличия острой боли в грудной клетке и подозрения на ОАС в соответствии с КР.

4. Алгоритм оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Комментарий: медицинская помощь пациентам с ОАС на догоспитальном этапе должна включать:

- Оксигенотерапию через назальный катетер/маску объемом 4–6 л/мин для достижения $SaO_2 > 90\%$ с увеличением объема при снижении показателя сатурации;
- Адекватное обезболивание с использованием опиоидных анальгетиков и бензодиазепинов внутривенно;
- Постоянный мониторинг АД с поддержанием уровня систолического артериального давления в пределах нормотензии до 100–120 мм рт. ст.;
- Исключение при подозрении на ОАС назначения пациентам антиагрегантных препаратов группы тиаенопиридинов;
- Транспортировку пациента на каталке в положении лежа с обеспечением максимального покоя и с предварительным извещением ответственного лица о предполагаемой доставке пациента с подозрением на наличие ОАС по телефону.

5. Алгоритм внутрибольничной маршрутизации пациентов с ОАС в специализированном стационаре для хирургического лечения.

Комментарий: целесообразно отразить необходимость госпитализации пациентов в операционную (рентгенооперационную), минуя приемное отделение и стационарное отделение скорой медицинской помощи (при его наличии).

6. Алгоритм взаимодействия МО и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОАС, включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней.

7. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ОАС.

8. Характер дальнейшего диспансерного наблюдения за пациентами с ОАС.

Комментарий: после выполнения кардиохирургических вмешательств с протезированием клапанов ДН осуществляется врачом-кардиологом и (при наличии) организуется наблюдение в кабинете антикоагулянтной терапии (см. соответствующий раздел).

9. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОАС после выполненного хирургического лечения с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, а также сроков проведения реабилитации с учетом ШРМ (если данный алгоритм отличается от представленного в общей части Регионального Порядка).

10. Механизм учета пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу ОАС, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации. Учет возможен в рамках отдельного регистра/реестра.

4.6. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острой ишемией конечностей

Настоящий регламент регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с острой ишемией конечностей (далее – ОИК). К ОИК относятся состояния, соответствующие кодам I74.0-I74.9 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

При формировании регламента маршрутизации пациентов с ОИК рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, участвующих в маршрутизации пациентов с ОИК, в структуре которых имеются следующие подразделения: кардиохирургическое отделение или отделение сосудистой хирургии (или койки сосудистой хирургии в составе хирургического отделения), отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, с указанием для каждой МО:

- Зоны ответственности (муниципальные районы, внутригородские районы), в том числе с указанием зон с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью и необходимостью использования санитарной авиации при транспортировке пациентов;
- Численность взрослого населения в зоне ответственности (округленной до 10 000 человек);
- Среднее время медицинской эвакуации пациента с ОИК в зоне ответственности.
- Карты-схемы маршрутизации (при необходимости);
- Модели внутригоспитальной маршрутизации (при необходимости).

2. Алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи на каждом из этапов маршрутизации пациентов с ОИК с учетом срочности медицинского вмешательства и показаний к проведению как открытой тромбэктомии, так и рентгенэндоваскулярного лечения с возможностью тромболитической терапии.

Комментарий: Представить алгоритм диагностики в случае наличия признаков ОИК в соответствии с КР.

Для подтверждения диагноза и оценки степени ишемии предусмотреть выполнение комплекса лабораторных исследований, включая общий и биохимический анализы крови (с оценкой уровня лактата, креатинина, глюкозы), коагулограмму (активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген, D-димер) и газовый состав крови (при наличии показаний). Инструментальная диагностика включает ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, а при необходимости – мультиспиральную компьютерную томографию (далее – МСКТ) сосудов или МРТ ангиографию (при наличии) для уточнения уровня и характера окклюзии.

3. Алгоритм маршрутизации и приоритетной медицинской эвакуации пациентов с ОИК, в том числе для выполнения реваскуляризации. При необходимости предусмотреть наличие ответственного дежурного сосудистого хирурга по субъекту Российской Федерации, с проведением дистанционных консультаций и возможностью выезда в МО для очной консультации и проведения оперативного вмешательства.

Комментарий: При разработке алгоритма необходимо предусмотреть экстренную госпитализацию пациента с подозрением на ОИК в МО, включенные в маршрутизацию пациентов в соответствии с зоной ответственности.

При отсутствии на ближайшем расстоянии МО, оказывающей специализированную медицинскую помощь при ОИК, пациент транспортируется в ближайшую МО, оказывающую круглосуточную стационарную помощь по профилю «хирургия». Медицинская помощь в экстренной форме оказывается врачом-специалистом хирургического профиля безотлагательно.

При выявлении пациента с подозрением на ОИК на догоспитальном этапе или в МО, не имеющей возможности проведения ангиографии в круглосуточном режиме, необходимо провести клиническую оценку степени ишемии конечностей (классификация Затевахина И.И. и Резерфорда Р.), а также диагностическую визуализацию (УЗИ артерий конечностей и/или МСКТ сосудов) для определения плана лечения при условии, что ее проведение не откладывает время начала лечения или необходимость ампутации не является очевидной. Скорость начала необходимого лечения зависит от тяжести ОИК.

При необходимости оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение либо медицинской эвакуации, лечащий врач-хирург организует консультацию врача-ССХ, врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению дистанционно с применением телемедицинских технологий.

Пациент с признаками ОИК IIБ-III степени подлежит экстренной госпитализации в МО, имеющую возможность выполнения открытого хирургического, рентгенэндоваскулярного или гибридного (открытого хирургического и эндоваскулярного) вмешательства.

Врач-специалист МО по месту нахождения пациента осуществляет выбор оптимального способа транспортировки (специализированная СМП, санитарная авиация и др.) в зависимости от тяжести состояния пациента и удаленности МО; условий транспортировки (в положении лежа); необходимого обезболивания и инфузионной терапии; в обязательном порядке осуществляется мониторинг ЭКГ, частоты сердечных сокращений, сатурации, необходимая антикоагуляция, в том числе в/в инфузия раствора гепарина.

4. Алгоритм взаимодействия МО и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОИК, включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней.

5. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ОИК.

6. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОИК после выполненного хирургического лечения с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, а также сроков проведения реабилитации с учетом ШРМ.

Комментарии: Медицинская реабилитация пациентов после перенесенной ОИК осуществляется в несколько этапов с учетом КР.

Протезирование пациентов с ампутацией конечности организуется в соответствии с государственными стандартами оказания протезно-ортопедической помощи в сочетании с мероприятиями по медицинской и социальной реабилитации. Контроль реализации программы адаптации осуществляется врачами реабилитологами и ортопедами.

7. Механизм учета пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу ОИК, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации. Учет возможен в рамках отдельного регистра/реестра.

8. Организацию и схему работы регионального центра по лечению дислипидемии для пациентов с мультифокальным атеросклерозом и нарушениями липидного обмена, а также направление отдельных категорий пациентов с ишемией нижних конечностей для консультации в данный центр. Деятельность центра может регулироваться отдельным регламентом маршрутизации (см. соответствующий раздел).

9. Характер дальнейшего ДН за пациентами с мультифокальным атеросклерозом. Диспансерное наблюдение осуществляется врачом-кардиологом и (при наличии) организуется наблюдение в специализированном центре.

10. Алгоритм ДН (при необходимости) у врача-ССХ (сосудистого хирурга) или врача хирурга в амбулаторных условиях, врача по медицинской реабилитации в целях контроля сосудистого риска, ведения пациентов с хронической ишемией конечностей и профилактики рецидивов.

4.7. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с тромбоэмболией легочной артерии

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии (далее – ТЭЛА). К ТЭЛА относятся состояния, соответствующие кодам I26 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

При формировании регламента маршрутизации пациентов с ТЭЛА рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, в структуре которых имеются отделение МСКТ, анестезиологии-реанимации, отделение терапии, отделение кардиологии, ПСО, РСЦ, отделение сосудистой хирургии, кардиохирургическое отделение, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь пациентам с неотложными и экстренными ССЗ.

2. Зоны ответственности МО (муниципальные районы или внутригородские районы).

3. Численность взрослого населения в зоне ответственности (округленная до 10 000 человек).

4. Карта-схема маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ТЭЛА в МО (при необходимости).

5. Возможности медицинской эвакуации пациента с ТЭЛА в критическом состоянии и ожидаемое время транспортировки в стационар по зонам ответственности.

6. Доступность ключевых технологий и наличие мультидисциплинарных команд для диагностики и оказания помощи пациентам с ТЭЛА различных групп риска в МО (выполнение исследования крови на D-димер, ЭХОКГ с использованием портативного УЗИ аппарата, дуплексное сканирование вен нижних конечностей, МСКТ органов грудной клетки с контрастированием, сцинтиграфия легких, ангиопульмонография, проведение системного и селективного тромболизиса, тромбэкстракции, тромбэктомии при ТЭЛА).

7. Маршруты пациентов с ТЭЛА групп высокого и промежуточно-высокого риска, промежуточного и низкого риска внутри стационаров (включая приемное отделение, отделение реанимации, операционные, профильные отделения).

8. Перечень муниципальных образований с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью, с указанием способов экстренной медицинской эвакуации пациентов с ТЭЛА.

9. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ТЭЛА в зависимости от клинического состояния, группы риска и места обращения за медицинской помощью.

Комментарий: При отсутствии на ближайшем расстоянии медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь при ТЭЛА, пациент транспортируется в ближайшую МО, имеющую в своей структуре отделение терапии, кардиологии, рентгенохирургических методов диагностики и лечения и ССХ.

10. Алгоритм действий врача при подозрении на ТЭЛА с учетом клинической вероятности, группы риска, доступного объема диагностических исследований и имеющихся возможностей оказания медицинской помощи.

11. Алгоритмы стратификации рисков, диагностики и оказания помощи на догоспитальном этапе.

12. Алгоритмы стратификации вероятности ТЭЛА, группы риска, диагностики и верификации диагноза в стационаре.

Комментарий: Предусмотреть описание диагностических и лечебных мероприятий в случае подозрения на ТЭЛА в соответствии с КР.

13. Алгоритм оказания медицинской помощи в стационаре с учетом группы риска, необходимости проведения реперфузионной терапии и имеющихся возможностей использования тех или иных диагностических (например, доступность сцинтиграфии легких) и лечебных (например, селективный тромболизис или тромбэкстракция) вмешательств в МО.

14. Регламент взаимодействия МО, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ТЭЛА (включая межтерриториальное взаимодействие с МО других субъектов Российской Федерации и федерального уровня) при оказании медицинской помощи пациентам с ТЭЛА, требующим проведения хирургического вмешательства.

15. Список контактов ответственных лиц всех МО и служб, задействованных в оказании медицинской помощи.

16. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ТЭЛА, в том числе с привлечением кабинетов антикоагулянтной терапии (см. соответствующий раздел), и скрининг для выявления хронической тромбоэмболической легочной гипертензии.

Комментарии: обозначить кратность амбулаторного наблюдения у врача-кардиолога (врача-терапевта) по месту жительства пациентов, перенесших ТЭЛА.

17. Маршрутизация пациентов, перенесших ТЭЛА, в случае выявления хронической тромбоэмболической легочной гипертензии.

18. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ТЭЛА в зависимости от значения показателя ШРМ при выписке с указанием МО, оказывающих специализированную помощь, а также сроков проведения реабилитации (если данный алгоритм отличается от представленного в общей части Регионального Порядка).

4.8. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

Регламент маршрутизации пациентов с ОНМК (состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной классификации болезней десятого пересмотра) на территории Российской Федерации формируется на основании и в соответствии с Приказом № 928н, Приказом № 931н.

Формирование регионального регламента маршрутизации пациентов с ОНМК организуется с привлечением главных внештатных специалистов по профилям «неврология», «нейрохирургия», «ССХ», «рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение», «офтальмология» и иных специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации.

В региональном регламенте маршрутизации пациентов с ОНМК рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, в структуре которых организован РСЦ и/или ПСО для лечения больных с ОНМК (далее – Отделение ОНМК), с указанием для каждой МО:

- Зоны ответственности (муниципальные районы или внутригородские районы);
- Численности населения в зоне ответственности (округленной до 10 000 человек);
- Количества коек в отделении ОНМК, включая количество коек в блоке интенсивной терапии и реанимации, с указанием, включен ли блок в структуру Отделения ОНМК или является самостоятельным структурным подразделением МО;
- Среднего времени медицинской эвакуации пациента с ОНМК в зоне ответственности;
- Способа госпитализации (минуя общее приемное отделение/через общее приемное отделение);
- Количества компьютерных томографов (с указанием количества срезов и возможностью проведения ангиографического и перфузионного исследования) и МРТ (при наличии, с указанием напряженности магнитного поля и возможности проведения ангиографического и перфузионного исследования), их расположения по отношению к Отделению ОНМК (в одном корпусе, разных корпусах), общему приемному отделению, входной группе, в случае госпитализации минуя общее приемное отделение;
- Количество ангиографических установок, их расположение по отношению к Отделению ОНМК (в одном корпусе, разных корпусах), общему приемному отделению, входной группе, в случае госпитализации минуя общее приемное отделение;
- Наличие в структуре МО специализированных отделений сосудистой хирургии, нейрохирургии, отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения с указанием коечной мощности перечисленных отделений и определением возможности выполнения в них реконструктивных и реваскуляризирующих операций на брахиоцефальных артериях, операций по поводу геморрагического инсульта, аневризм головного мозга, артерио-венозных мальформаций, каверном головного мозга;
- Наличие в структуре МО отделения второго этапа медицинской реабилитации для пациентов с поражением центральной нервной системы.

2. Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью: перечень МО, в структуре которых имеются отделение реанимации и интенсивной терапии, кабинет МСКТ и/или МРТ, в которых оказывается медицинская помощь пациентам с ОНМК до медицинской эвакуации силами санитарной авиации в специализированные стационары 2 и 3 уровней с указанием возможности проведения ТМК с участием невролога, анестезиолога-реаниматолога, нейрохирурга, сосудистого хирурга, специалиста по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению.

3. Алгоритм маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК, в том числе алгоритм догоспитальной диагностики и приоритетной медицинской эвакуации пациентов для выполнения операций тромбэкстракции/тромбаспирации в МО, в структуре которых организовано отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

4. Карта-схема маршрутизации и медицинской эвакуации пациентов с ОНМК в МО, в структуре которых в соответствии с пунктом 1 настоящего регламента организовано Отделение ОНМК и отделения медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функции ЦНС.

5. Алгоритм взаимодействия МО, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК (включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней) при оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК, требующим проведения нейрохирургического, сосудисто-хирургического, кардиохирургического, рентгенэндоваскулярного вмешательства.

6. Перечень муниципальных образований с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью, с указанием способов экстренной медицинской эвакуации пациентов с ОНМК.

7. Список контактов ответственных лиц всех МО и служб, задействованных в оказании медицинской помощи.

8. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ОНМК в зависимости от значения показателя ШРМ при выписке и список контактов лиц, задействованных в организации помощи по медицинской реабилитации

Комментарии: Предусмотреть применение ШРМ для пациентов: маршрутизация пациентов со значением ШРМ 2–3 балла – на третий этап медицинской реабилитации в МО первой, второй, третьей и четвертой групп, включая федеральные МО, определяемых в соответствии с Приказом № 788н. Маршрутизация пациентов со значением ШРМ 4–5 баллов – на второй этап медицинской реабилитации, в МО, включая федеральные МО, второй, третьей и четвертой групп; маршрутизация пациентов со значением ШРМ 4–6 баллов – на второй этап медицинской реабилитации в МО, включая федеральные МО, третьей и четвертой групп.

9. Для пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении ОНМК, рекомендуется отразить:

- Алгоритм направления на консультацию (возможно с использованием телемедицинских технологий) или лечение к врачу-ССХ, врачу-нейрохирургу или врачу по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, пациентов с ОНМК при выявлении стенотического атеросклеротического поражения 50% и более по шкале NASCET, с указанием отделений или, при переводе в другую МО, с указанием специализированного стационара соответствующего профиля и

определением организации, ответственной за медицинскую эвакуацию пациента при необходимости;

- Алгоритм направления на консультацию (в том числе с использованием телемедицинских технологий) к врачу-нейрохирургу пациентов с инфарктом мозга, вызванным окклюзией внутренней сонной артерии (далее – ВСА) или тромбозом ВСА и средней мозговой артерии (при отсутствии восстановления просвета артерии после проведения тромболитической терапии и/или тромбэкстракции) в первые 48 часов от начала развития заболевания с целью выявления показаний к хирургическому вмешательству;
- Алгоритм направления на консультацию (возможно с использованием телемедицинских технологий) или лечение к врачу-нейрохирургу пациентов с субарахноидальным, внутримозговым и другим нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием, в том числе при выявлении патологии интракраниальных сосудов (аневризмы, артериовенозные мальформации, кавернозные мальформации), с указанием отделения нейрохирургии в зависимости от прикрепления ПСО к РСЦ и определением организации, ответственной при необходимости за медицинскую эвакуацию пациента или организации хирургического вмешательства средствами МО с привлечением нейрохирурга с использованием санитарной авиации;
- Алгоритм направления на консультацию (в том числе с использованием телемедицинских технологий) к врачу-нейрохирургу пациентов со стенозами брахиоцефальных артерий и/или окклюзией ВСА при наличии внутримозговых гематом, аневризм и/или артериовенозных мальформаций головного мозга, другой нейрохирургической патологии, для решения вопроса о маршрутизации пациента в нейрохирургическое отделение РСЦ или в федеральную МО.

10. Для пациентов, имеющих показания к оперативному лечению и не прооперированных в ходе стационарного лечения в остром периоде заболевания (отсутствие в структуре МО отделений нейрохирургии, сосудистой хирургии и отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения при наличии противопоказаний к транспортировке пациента):

- Алгоритм направления пациента со стенотическим атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий после завершения лечения в отделении ОНМК на консультацию/консилиум (в том числе с использованием телемедицинских технологий) с врачом-ССХ, врачом-нейрохирургом, врачом по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, сосудистым хирургом для решения вопроса о показаниях к госпитализации в специализированные стационары соответствующих профилей (регионального и федерального уровней с наличием отделений нейрохирургии, сосудистой хирургии, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения) для хирургического лечения;
- Алгоритм направления пациентов с субарахноидальным, внутримозговым и другим нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием, в том числе при выявлении патологии интракраниальных сосудов (аневризмы, артериовенозные мальформации, кавернозные мальформации) после завершения лечения в отделении ОНМК на консультацию/консилиум (возможно с использованием телемедицинских технологий) с врачом-нейрохирургом и/или специалистом по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению для решения вопроса о показаниях к госпитализации в специализированные стационары соответствующих профилей (в том числе регионального и федерального уровней

с наличием отделений нейрохирургии, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения;

- Алгоритм направления пациента с окклюзионным атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий после завершения лечения в отделении ОНМК на консультацию/консилиум (возможно с использованием телемедицинских технологий) с врачом-нейрохирургом для решения вопроса о показаниях к госпитализации в специализированные стационары соответствующих профилей (в том числе регионального и федерального уровней с наличием отделений нейрохирургии) для хирургического лечения.

4.9. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов со стенотическим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

При формировании регламента маршрутизации пациентов со стенотическим и/или окклюзионным поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (состояния, соответствующие кодам I65-I66 Международной классификации болезней десятого пересмотра) рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, проводящих выявление стенотического и/или окклюзионного поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий методами скринингового УЗИ обследования и/или МСКТ ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий, оказывающих:

- Первичную медико-санитарную помощь;
- Специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь.

2. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим и окклюзионным поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе первичной медико-санитарной помощи:

- Скрининговое УЗИ обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий.

Комментарий: Скринингу подлежат пациенты с высоким риском ОНМК (старше 50 лет; артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, семейный анамнез ОНМК, семейная гиперхолестеринемия, в том числе до 60 лет, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическое поражение периферических артерий, сахарный диабет, выявленные «немые церебральные очаги»).

- При выявлении, по данным скринингового УЗИ обследования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий, окклюзии или стеноза 50% и более по шкале NASCET проводится МСКТ брахиоцефальных и церебральных артерий (при наличии противопоказаний/отсутствии технических возможностей – проводится МРТ ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий);
- Проведение МСКТ ангиографии брахиоцефальных и церебральных артерий осуществляется в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и в МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;
- При выявлении стенозирующего поражения брахиоцефальных артерий 50% и более по шкале NASCET, пациент направляется на консультацию к врачу-ССХ, или нейрохирургу, или врачу по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению в МО, имеющую в составе отделения (отделение сосудистой хирургии, отделение нейрохирургии, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения). При выявлении у пациента окклюзионных поражений брахиоцефальных артерий, аневризм или артериовенозных мальформаций головного мозга, другой нейрохирургической патологии пациент направляется на консультацию к врачу-нейрохирургу или врачу по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению в МО, имеющую в составе отделение нейрохирургии и отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь;

- При выявлении стенозов брахиоцефальных артерий и/или окклюзией ВСА при наличии аневризм и/или артериовенозных мальформаций головного мозга, другой нейрохирургической патологии, необходима консультация врача-нейрохирурга или врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению с решением вопроса о маршрутизации в соответствующую МО регионального или федерального значения.

3. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам со стенотическим и окклюзионным поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на этапе оказания стационарной медицинской помощи:

- Скрининговое УЗИ обследование брахиоцефальных артерий с целью выявления окклюзионно-стенотического поражения брахиоцефальных артерий;
- При выявлении во время стационарного лечения по данным скринингового УЗИ обследования окклюзионного или стенотического поражения экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий (50% и более по шкале NASCET) проводится МСКТ ангиография брахиоцефальных и церебральных артерий. При выявлении окклюзионного поражения брахиоцефальных артерий рекомендовано проведение исследования перфузии головного мозга (МРТ/МСКТ-перфузионные исследования, однофотонная эмиссионная компьютерная томография) с последующей консультацией врача-нейрохирурга;
- При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в МО, имеющих в своей структуре отделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь пациентам со стенотическим и/или окклюзионным поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий хирургическими методами, показаний к проведению оперативного вмешательства, рекомендовано проведение такого лечения на месте: в отделении сосудистой хирургии, или нейрохирургии, или в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения;
- При выявлении у пациентов, находящихся на стационарном лечении в МО, не имеющих в своей структуре отделения, оказывающего специализированную медицинскую помощь пациентам со стеноокклюзирующим поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий хирургическими методами, показаний к проведению оперативного вмешательства, рекомендовано направление пациентов в МО, имеющую в своей структуре такое отделение (сосудистой хирургии, отделения нейрохирургии, рентгенохирургических методов диагностики и лечения).

4. Список контактов ответственных лиц всех МО и служб, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам со стенотическим и окклюзионным поражением экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий.

4.10. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и приобретенными пороками клапанов сердца (далее – ВиППКС).

Организация оказания медицинской помощи пациентам с ВиППКС осуществляется в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе соответствующих КР.

Для целей настоящего регламента маршрутизации к ВиППКС относятся состояния, соответствующие кодам Q22.1-Q22.5, Q23.0-Q23/3, I05-I08, I33.0, I33.9, I34-I38 Международной классификации болезней десятого пересмотра.

При формировании регламента маршрутизации пациентов с ВиППКС рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в структуре которых организованы отделения ССХ (кардиохирургии), имеется возможность выполнения операций протезирования / реконструкции клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения и опытом проведения подобных операций не менее 100 в год в условиях одной МО, а также (при необходимости) в структуре которых имеется отделение рентгенохирургических методов диагностики лечения и опыт выполнения операций транскатетерного лечения клапанов сердца. С указанием (при необходимости):

- Зоны ответственности данных МО (муниципальные районы, внутригородские районы), в том числе с указанием зон с ограниченной (сезонной) транспортной доступностью и необходимостью использования санитарной авиации при транспортировке пациентов;
- Численности взрослого населения в зоне ответственности (округленной до 10 000 человек);
- Среднего времени медицинской эвакуации пациента с ВиППКС в зоне ответственности;
- Карты-схемы маршрутизации.

2. Схема взаимодействия МО в рамках лечения пациентов с ВиППКС, содержащая:

- Алгоритм направления пациента с выявленными клиническими признаками ВиППКС на ЭХОКГ;
- Алгоритм консультации специалистов по результатам исследования с возможностью выполнения повторного ЭХОКГ экспертного класса и других методов исследования;
- Критерии направления на консультацию врача-ССХ, врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению;
- Принципы принятия решения о дальнейшей тактике лечения, включающие обсуждение мультидисциплинарной командой тактики лечения и определение возможности и необходимости оперативного вмешательства;
- Алгоритм направления на кардиохирургическое лечение, включая федеральные МО.

3. Алгоритм взаимодействия МО и служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ВиППКС, включая межтерриториальное взаимодействие с МО регионального и федерального уровней.

4. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с ВиППКС.

5. Алгоритм направления на реабилитационные мероприятия пациентов с ВиППКС после выполненного хирургического лечения с указанием МО, оказывающих специализированную помощь в рамках реабилитации, а также сроков проведения реабилитации с учетом ШРМ (если данный алгоритм отличается от представленного в общей части Регионального Порядка).

6. Механизм учета пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, по поводу ВиППКС, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации. Учет возможен в рамках отдельного регистра/реестра.

4.11. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов в кабинеты антикоагулянтной терапии

Настоящий регламент регулирует вопросы организации и функционирования сети кабинетов антикоагулянтной терапии (далее – АКТ).

Стратегической целью организации сети кабинетов АКТ является повышение доступности, качества, безопасности и эффективности профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с ССЗ.

Комментарий: Кабинеты АКТ могут быть частью/интегрированы в работу других специализированных кабинетов для отдельных ССЗ. Например, кабинеты сердечной недостаточности и/или нарушений липидного обмена. Отдельная задача специалистов кабинета АКТ – информационная поддержка пациентов, получающих варфарин и прямые оральные антикоагулянты.

В регламенте маршрутизации пациентов в кабинеты АКТ рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Признаки, выявленные у пациентов с ССЗ, требующие маршрутизации больных в кабинеты АКТ.

Комментарий: В кабинеты АКТ рекомендуется направлять:

- Пациентов, получающих варфарин;
- Пациентов, получающих прямые оральные антикоагулянты, имеющих геморрагические осложнения или повторные сосудистые события;
- Пациентов, получающих комбинированную антитромботическую терапию;
- Пациентов с неопределенными причинами тромбоэмболических осложнений, требующих верификации причин сосудистых событий (в координации с мультидисциплинарной командой врачей).

2. Кадровое обеспечение работы кабинетов АКТ.

Комментарий: При формировании сети кабинетов АКТ необходимо предусмотреть дополнительное профессиональное образование – повышение квалификации по клиническим проблемам патологии гемостаза – для специалистов кабинетов АКТ.

3. Лабораторное обеспечение.

Комментарий: Рекомендуется использование портативных систем (портативные коагулометры) для пациентов, получающих варфарин, непосредственно в кабинете или процедурном кабинете МО. Возможно использование лаборатории в соответствии с маршрутизацией биологического материала и моделью организации лабораторной службы региона, в том числе использование системы централизованного мониторинга (одна лаборатория на регион при возможности доставки биоматериала не более, чем за 2 часа).

4. Обеспечение организационно-методического взаимодействия и передачи данных о пациентах в региональный Центр управления сердечно-сосудистыми рисками (смотри раздел V) и другие МО региона.

4.12. Принципы формирования регламента маршрутизации пациентов с нарушением липидного обмена

Настоящий регламент регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с нарушением липидного обмена.

Для целей настоящего регламента к нарушениям липидного обмена относятся состояния, соответствующие кодам E78.0-E78.6, E78.8-E78.9 международной классификации болезней десятого пересмотра.

В регламенте маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Перечень участвующих в маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена структурных подразделений МО с указанием их статуса.

Комментарии: Для повышения доступности, качества, безопасности и эффективности ведения пациентов с тяжелыми нарушениями липидного обмена рекомендовано создание липидных центров. Липидные центры могут функционировать в рамках комплексных кабинетов управления сердечно-сосудистыми рисками. Обеспечение работы липидного центра осуществляется врачом-кардиологом. При создании липидного центра необходимо предусмотреть дополнительное профессиональное образование – повышение квалификации по проблемам нарушений липидного обмена – для врачей-кардиологов МО, участвующих в маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена. Направление пациентов в липидные центры осуществляется врачами амбулаторно-поликлинической службы или стационарных отделений МО.

2. Алгоритм направления пациентов в липидные центры.

Комментарий: В липидные центры целесообразно направление на первичную консультацию следующих групп пациентов с последующим выделением приоритетных категорий динамического наблюдения в зависимости от пропускной способности центра:

- Уровень общего холестерина венозной крови >10 ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови $>7,5$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов венозной крови >10 ммоль/л;
- Уровень общего холестерина венозной крови $>8,0$ ммоль/л и/или уровень ХС ЛНП венозной крови $>5,0$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов $>5,0$ ммоль/л и/или уровень липопротеида(а) >50 мг/дл в сочетании с семейным анамнезом раннего (до 55 лет у мужчин, до 60 лет у женщин) ССЗ атеросклеротического генеза (ишемическая болезнь сердца, в том числе перенесенный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, атеросклеротическое заболевание брахиоцефальных/ периферических артерий со значимым стенозированием сосудов);
- Ранний персональный анамнез (до 40 лет) ССЗ атеросклеротического генеза;
- Недостижение целевых значений атерогенных показателей липидного профиля {ХС ЛНП, ТГ, лп(а)} в категории пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска как в зоне первичной, так и вторичной профилактики, согласно КР на фоне гиполипидемической терапии в максимально переносимых дозах длительностью не менее 3 месяцев или при ее непереносимости, в том числе для определения показаний к инициации инновационной гиполипидемической терапии и/или эфферентным методам коррекции нарушений липидного обмена.

3. Список контактов для взаимодействия с ответственными лицами и службами МО, задействованных в оказании медицинской помощи пациентам с нарушениями липидного обмена

4. Алгоритм диагностики и оказания помощи пациентам с нарушениями липидного обмена с отображением (при наличии возможности) маршрутизации для направления на дуплексное сканирование сонных и/или бедренных артерий, генетическое тестирование по показаниям, в том числе в федеральные МО.

5. Порядок информационного взаимодействия МО, включенных в регламент маршрутизации пациентов с нарушениями липидного обмена, и информационного обеспечения реализации программы по получению льготных лекарственных препаратов с учетом действующей системы льгот.

6. Обеспечение организационно-методического взаимодействия и передачи данных о пациентах в региональный Центр управления сердечно-сосудистыми рисками (см. соответствующий раздел) и другие МО региона.

4.13. Принципы формирования регламента телемедицинских консультаций пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Настоящий регламент регулирует вопросы проведения ТМК пациентам с ССЗ (далее – Регламент ТМК), в случае если данные вопросы недостаточно регламентированы в иных региональных нормативно-правовых актах. Региональный регламент формируется на основании и в соответствии с Приказом № 193н (вступает в силу с 01.09.2025 года) и Приказом № 965н (утрачивает силу 01.09.2025).

В региональном регламенте телемедицинских консультаций пациентам с ССЗ рекомендовано отразить следующую информацию:

1. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

2. Регламент ТМК должен быть согласован с Положением об организации и оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий субъекта Российской Федерации, в рамках которого определяются головные МО, в обязанности которых вменено консультирование пациентов по различным нозологиям в экстренной и плановой форме, а также же организации и лица, ответственные за взаимодействие с федеральными медицинскими центрами.

3. Регламентом ТМК должны быть определены головные МО (ведущие РСЦ), ответственные за маршрутизацию пациентов с острыми сердечно-сосудистыми состояниями с использованием систем дистанционной передачи ЭКГ.

4. Регламент ТМК может содержать информацию об алгоритме действий врача при направлении на ТМК, в том числе в федеральные МО.

5. ТМК организуются и проводятся в МО в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи, в целях определения тактики диагностики, лечения и медицинской реабилитации, оценки эффективности лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий проводятся в экстренной, неотложной и плановой форме.

6. При проведении ТМК в экстренном и плановом порядке рекомендовано формирование отдельных чек-листов по нозологиям с указанием основных позиций, которые должны быть отражены в медицинской документации, направляемой на ТМК.

7. При проведении консультаций пациентов и (или) их законных представителей с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного пациенту лечения и реабилитации, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).

8. В случае обращения пациента без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации пациенту или его законному представителю о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

9. Регламентом ТМК должны быть определены группы ДН пациентов с ССЗ, подлежащих программам дистанционного мониторинга с определением спектра витальных показателей и возможности оценки комплаентности назначаемой терапии, а также определены сроки проведения программы в рамках ДН.

10. Рекомендовано обозначение (при наличии) региональных регистров/реестров и аналитических систем, предназначенных для оценки качества и эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ.

V. СОЗДАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОПЕРАТИВНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕГЛАМЕНТОВ МАРШРУТИЗАЦИИ

Настоящий Раздел описывает подходы к формированию региональных структур, ответственных за сбор, хранение и анализ информации по эффективности реализации единой системы маршрутизации пациентов с ССЗ на всех этапах. Данные структуры контролируют эффективность работы всех участников процесса оказания медицинской помощи пациентам с БСК путем реализации следующих мероприятий:

1. Для оценки эффективности и совершенствования действующей системы маршрутизации пациентов с ССЗ на уровне субъекта Российской Федерации необходимо формирование системы сбора и хранения информации.

2. В системе рекомендовано интегрировать информацию из следующих источников:

- Региональных сегментов Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения
- Федеральных и региональных регистров
- Данных территориальных и федеральных фондов обязательного медицинского здравоохранения
- Данных автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики
- Федеральных форм статистического наблюдения
- Систем сбора и анализа информации в рамках Федеральных инцидентов.

3. С целью формирования системы оперативного мониторинга, анализа и реагирования рекомендовано создание специализированных структур – Центров мониторинга (центров управления рисками) ССЗ (далее – Центр).

4. Центр организуется в структуре организационно-методического отдела кардиологического диспансера и (или) краевой (республиканской, областной, окружной) больницы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при БСК, и осуществляет свою деятельность во взаимодействии с МО на территории субъекта Российской Федерации и курируемыми Национальными медицинскими исследовательскими центрами по профилям¹¹.

5. Центр создается с целью осуществления организационно-методической деятельности по вопросам совершенствования медицинской помощи при ССЗ, консультативной поддержки медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ССЗ, в том числе с использованием телемедицинских технологий, анализа качества медицинской помощи пациентам с ССЗ и координации мероприятий, направленных на профилактику развития и прогрессирования ССЗ, осуществляемых МО на территории субъекта Российской Федерации.

6. Функциональными задачами Центра в рамках развития помощи пациентам с ССЗ являются:

- Организация работы главных внештатных медицинских специалистов субъекта Российской Федерации и их взаимодействия с главными внештатными

¹¹ В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.01.2022 № 19н «Об утверждении Типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице»

медицинскими специалистами федеральных округов и Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- Анализ и оценка организации оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации с выработкой рекомендаций МО, подведомственных органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, по совершенствованию оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, достижению ключевых показателей деятельности и мониторингом выполнения указанных рекомендаций и реализации мер;
- Разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи, снижение показателей заболеваемости, смертности, больничной летальности и инвалидности в субъекте Российской Федерации;
- Определение подходов и возможности применения в МО, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, современных методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, используемых в мировой и отечественной медицинской практике;
- Методическое сопровождение внедрения и развития медицинских информационных систем в МО, расположенных на территории субъекта Российской Федерации;
- Оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам МО, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации пациентов, в том числе путем проведения консультаций с применением телемедицинских технологий медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь, и (или) участия в консилиуме врачей, в том числе с применением телемедицинских технологий;
- Обеспечение ведения и консультаций пациентов с тяжелыми формами заболеваний;
- Обеспечение преемственности и координацию деятельности МО, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, по вопросам оказания медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- Сбор, обобщение и анализ качественных и количественных показателей оказания медицинской помощи, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения на территории субъекта Российской Федерации, в том числе с представлением данной информации с помощью информационно-аналитических систем с возможностью формирования отдельных дашбордов по показателям деятельности;
- Фактическое содержание дашбордов должно учитывать возможные пути пациентов при отдельных ССЗ и формироваться индивидуально с учетом действующих региональных целевых значений показателей, региональных особенностей маршрутизации, а также особенностей работы отдельных МО, входящих в систему оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ;
- Реализация мероприятий, направленных на профилактику ССЗ, и формирование здорового образа жизни, включая повышение охвата населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией, пропаганды здорового образа жизни медицинскими работниками, повышение охвата профилактическим консультированием с целью ранней и наиболее полной коррекции выявленных поведенческих и биологических факторов риска;

- Изучение, обобщение и анализ опыта работы МО, расположенных на территории субъекта Российской Федерации, а также формирование предложений по его улучшению;
- Координация организационно-методической работы в МО, расположенных на территории субъекта Российской Федерации.

7. Допустимо формирование нескольких Центров с территориальным распределением зон ответственности между ними, с выделением ведущей МО, координирующей работу на уровне субъекта Российской Федерации.

8. Представление и обсуждение данных проводится на регулярной основе с последующим формированием комплексных мер, направленных на улучшение медицинской помощи пациентам с ССЗ в субъекте Российской Федерации.