

**Протокол заседания профильной комиссии  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
по специальности «кардиология»  
№ 2/2025 от 26 ноября 2025 г.**

**Место проведения:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И.Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, зал «Синий». г. Москва, ул. Академика Чазова, д. 15А, с использованием видеотрансляции.

**Видеозапись заседания доступна по ссылке:**

[https://rutube.ru/video/private/c455fc73cea16cbf284d4ddba2d7d9e2/?p=P\\_V6fuKrAEx-Wf6sbWVwhg](https://rutube.ru/video/private/c455fc73cea16cbf284d4ddba2d7d9e2/?p=P_V6fuKrAEx-Wf6sbWVwhg)

**Присутствовали:** 100 членов профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «кардиология» (перечень 31 присутствовавших очно представлен в Приложении), 22 эксперта по соответствующим профилям.

**Выступления:**

1. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»: предварительные итоги 2025 г. и задачи на 2026 г

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

За период с 2019 г. по настоящее время федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» является ключевым инструментом снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и повышения доступности специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи для населения.

**1. Влияние проекта на инфраструктуру**

Созданы 16 первичных сосудистых отделений и 151 региональный сосудистый центр, всего оснащены и переоснащены 810 медицинских организаций, коечный фонд региональных сосудистых центров составил 27,2 тыс. коек; введено в эксплуатацию 28,8 тыс. единиц медицинской техники; количество отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения выросло до 231, кардиологических отделений – до 2 544, кардиологических кабинетов – до 384. Это позволило существенно повлиять на исходы лечения. Больничная летальность от инфаркта миокарда снизилась с 13,1% в 2018 году до 9,5% на 01.11.2025 г., летальность от острого нарушения мозгового кровообращения за это же время снизилась с 19,2% до 15,3%. Смертность больных с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением, уменьшилась на одну треть. С 2025 г. федеральный проект модифицирован и включает ряд новых показателей: доля лиц, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, проживших предыдущий год без острых сердечно-сосудистых осложнений, охват пациентов с острым коронарным синдромом ранней реперфузионной терапией и охват пациентов с ишемическим инсультом оперативной тромбэкстракцией.. По данным мониторинга Минздрава России, в 53 субъектах уже сейчас достигнуты все 6 ключевых показателей проекта, ещё в 18 – достигнуты 5 из 6 показателей, в 14 – 4 из 6 показателей и только 4 региона пока достигли 3 и менее целевых значений контрольных показателей.

**2. Лекарственная профилактика повторных осложнений**

С 2020 г. в стране реализуется масштабная программа лекарственного обеспечения лиц, перенесших острые сердечно-сосудистые осложнения и операции на сердце. В 2020 г. лекарства получили 450 тыс. пациентов при сроке обеспечения 12 мес., в 2025 г. – таких участников было уже 1,07 млн. со сроком обеспечения 2 года, а накопительным итогом за 2020–

2025 г.г. лекарства получили 3,04 млн. человек. Перечень препаратов расширен с 23 до 31 наименования, охват пациентов вырос с 82,9% до 96,5% от числа находящихся на диспансерном наблюдении с правом участия в программе. Отдельно с 2024 г. бюджетом ежегодно выделяются дополнительные средства на пожизненное обеспечение пациентов с тяжёлой хронической сердечной недостаточностью в сочетании с ИБС и фибрилляцией предсердий. Результатом стало снижение числа повторных инфарктов миокарда на 39%: с 33,4 тыс. случаев в 2019 г. до 20,4 тыс. в 2024 г. В 2025 г. было запланировано обеспечить препаратами 753,6 тыс. пациентов на диспансерном наблюдении, фактически на 01.11.2025 в программе числится 1 067 610 человек (141,7% от планового количества); средняя стоимость рецепта составляет около 990 рублей, в среднем ежегодно каждому пациенту выдается 12,3 рецептов. Подавляющее большинство регионов обеспечивают выполнение плановых показателей по лекарственному обеспечению, единичные субъекты остаются в «красной зоне».

### 3. Маршрутизация пациентов и региональные программы

Региональные программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями актуализированы согласно новым требованиям. От всех 89 субъектов получены отчеты о выполнении намеченных мероприятий за I–III кварталы 2025 г., проведен анализ реализации мероприятий и сформированы предложения по их актуализации в будущем году. В 2025 г. были разработаны новые методические рекомендации по маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в регионах, по которым составлены и утверждены региональные схемы, субъекты сформировали паспорта служб оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Важными контрольными точками являются: 1) -согласование маршрутизаций с несколькими ключевыми главными специалистами Минздрава России; 2) согласованные схемы утверждены нормативными правовыми актами; 3) -размещение утвержденных документов на официальных сайтах региональных органов власти. К сожалению, на текущую дату в нескольких регионах порядки маршрутизации не согласованы, не утверждены или не размещены. Это создает риск недостижения контрольной точки и контролируется Минздравом России в ежемесячном мониторинге.

### 4. Стратегические акценты: профилактика развития осложнений

Ключевая стратегическая цель федерального проекта – увеличение к 2030 г. на 10% доли лиц с болезнями системы кровообращения, проживших предыдущий год без острых сердечно-сосудистых событий по сравнению с 2023 г. Для этого выделены следующие направления:

- Диагностика и контроль качества лечения: увеличить на 15,6% охват реперфузионной терапией пациентов с острым инфарктом миокарда, более чем в 2 раза увеличить выполнение тромбэкстракции при остром ишемическом инсульте, ежегодно проводить более 570 тыс. диагностических стресс-тестов, пациентам с ИБС для последующего направления на интервенционное лечение и на коррекцию медикаментозной терпии, ежегодно обеспечивать высокоэффективными препаратами более 785 тыс. пациентов высокого сердечно-сосудистого риска.

- Развитие инфраструктуры: новое оборудование и оснащение амбулаторного звена: именно на этой базе достигнут рост числа госпитализаций для стентирования коронарных артерий – свыше 334 тыс. в год, операций на брахиоцефальных артериях – более 67 тыс. госпитализаций для оперативного лечения

- Программа государственных гарантий в части диагностики и лечения болезней системы кровообращения: ежегодно обеспечивается: более 27 тыс. госпитализаций лиц с нарушениями сердечного ритма, свыше 61 тыс. госпитализаций для имплантации электрокардиостимуляторов, 30,2 млн. посещений школ для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, более 20 млн. комплексных посещений в рамках диспансерного наблюдения с данными нозологиями.

### 5. Профилактика прогрессирования ишемической болезни сердца

Отдельный и важнейший блок – это работа с пациентами со стабильной ИБС, находящимися под диспансерным наблюдением. В России зарегистрировано 7,35 млн лиц со стабильной ИБС, из них под динамическим наблюдением по этому поводу состоят 6,3 млн. человек (85,7%). Стress-тестирование в отчетном периоде проведено 357 128 пациентам с ИБС, при плановом

значении в 2025 г. 301 266 исследований — что соответствует 118,5% выполнения плана и уже превышает целевой уровень 2030 г.

Структура проведенных нагрузочных тестов: 56,4% – велоэргометрия и тредмил-тест, 30,8% – стресс-эхокардиография, остальные – сцинтиграфия миокарда, перфузионная КТ, ПЭТ и МРТ сердца. Из прошедших нагрузочные тесты 84 161 пациент направлен на коронарографию, из них в 60 354 случаях (95,9%) проведена хирургическая и эндоваскулярны реваскуляризация миокарда. По доле визуализирующих методик, по доле выполненных коронарографий, по частоте реваскуляризации и по случаям ложноположительных исследований необходим тщательный и регулярный анализ в регионах для современного и качественного планирования и перераспределения потоков пациентов и соответствующего дооснащения медицинских организаций. Тем не менее в 36 регионах пока не устранен риск недостижения целевых значений данного показателя в текущем году, что должно стать предметом активной работы в оставшийся период.

6. Цели федерального проекта к 2030 году. Планируется: увеличить на 10% число лиц с болезнями системы кровообращения, которые живут без острых сердечно-сосудистых событий; снизить больничную летальность – от инфаркта миокарда до 9,0%, - от инсульта – до 14,0%; довести охват реперфузионной терапией пациентов с острым инфарктом миокарда до 95%; увеличить частоту выполнения тромбэкстракций при инфаркте мозга до 5%; обеспечить 98%охват лиц с высоким сердечно-сосудистым риском, в том числе перенесших операции на сердце, бесплатными высокоэффективными лекарственными препаратами.

2. Внедрение медицинских изделий с технологиями искусственного интеллекта: задачи перед экспертным сообществом и главными специалистами Минздрава России

*Докладчик: Заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации – Ваньков Вадим Валерьевич (выступление по ВКС)*

В 2023 году в рамках федерального проекта создания единого цифрового контура в здравоохранении начато активное внедрение технологий искусственного интеллекта (ИИ). Уже сформирована база в виде развитых медицинских информационных систем и необходимой инфраструктуры, что подтверждается более 2 миллиардов зарегистрированных электронных медицинских документов с начала 2025 года. Этот показатель отражает значительный переход на использование электронных медицинских документов и создает фундамент для масштабного применения ИИ в медицинской практике. Основная цель внедрения ИИ – повышение качества и доступности медицинской помощи посредством технологий и решение конкретных отраслевых задач. Важна не сама технология ИИ, а ее прикладное использование для улучшения результатов здравоохранения и развития науки и образования.

Существующая процедура допуска медицинских изделий с ИИ в отрасль включает регистрацию в реестре отечественного программного обеспечения, получение регистрационного удостоверения Росздравнадзора и проведение клинических испытаний. На сегодня зарегистрировано 44 отечественных медицинских изделия с ИИ, большинство из которых направлены на анализ радиологических изображений (27 изделий). Также развиваются решения для анализа электронных медицинских карт, видеопотоков и других данных. Несмотря на то, что эти технологии еще не полностью охватывают все отраслевые цели, они уже используются в практике и продолжают активно разрабатываться для различных медицинских направлений, включая кардиологию.

С 2024 года по инициативе Министра здравоохранения М.А. Мурашко реализуется ведомственный инцидент №11 «Внедрение технологий искусственного интеллекта», в рамках которого проводится детальный региональный анализ внедрения ИИ и его клинических применений. Важна активная вовлеченность главных внештатных специалистов и профильных медицинских экспертов на всех уровнях, чтобы обеспечивать не только административное сопровождение, но и практическое применение разработанных решений. В 59 регионах уже внедряются системы анализа данных электронных медицинских карт, а внедрение анализа медицинских изображений охватило все субъекты Российской Федерации. Для успешного

масштабирования и повышения эффективности критично участие региональных органов управления здравоохранением, экспертов и разработчиков в совместном формировании сценариев использования ИИ и подготовки медицинских работников к применению новых технологий и развитию цифровых навыков.

Мониторинг безопасности использования медицинских изделий с ИИ, относящихся к высшему третьему классу риска, является обязательным элементом их внедрения, включая разбор неблагоприятных событий. Экспертное сообщество призвано активно участвовать в мониторинге, оценке эффективности и разработке нормативных актов, а также способствовать расширению применения ИИ для автоматизации рутинных операций и повышения общей производительности здравоохранения. Итоговая задача – обеспечить, чтобы технологии ИИ в медицинских изделиях не только внедрялись, но становились действенными инструментами поддержки принятия врачебных решений с реальным позитивным эффектом для пациентов и системы здравоохранения в целом.

Таким образом, на сегодняшний день российская система здравоохранения находится на стадии активного развития и внедрения технологий искусственного интеллекта в медицинские информационные системы на федеральном и региональном уровнях. Важными элементами этого процесса являются создание реестра медизделий, клинические испытания, участие профильных специалистов и масштабирование успешных практик в регионах. Продолжается расширение функционала ИИ-решений для охвата ключевых клинических задач, включая кардиологические заболевания, с одновременным контролем качества и безопасности использования. Эти мероприятия способствуют достижению национальных целей цифровизации здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи в России.

В ходе обсуждения было отмечено, что основным инструментом мониторинга в здравоохранении сегодня выступает система АСММС, которая собирает данные вручную и требует повышения достоверности и полноты информации. Для решения этой задачи продвигается интеграция различных медицинских информационных систем с использованием правил взаимодействия и стандартов, а также вовлечение пациентов через личные кабинеты для проверки данных. Это позволит создать более объективную, оперативную и достоверную систему мониторинга показателей медицинской помощи на уровне каждой организации, региона и страны в целом. Такой подход уже реализуется на базе централизованных платформ, что улучшает прозрачность и эффективность управления в здравоохранении.

3. Состояние медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях по профилю «кардиология» в субъектах Северо-Кавказского, Северо-Западного, Приволжского и Южного федеральных округов, Херсонской и Запорожской областях Российской Федерации  
*Докладчик: Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России (Северо-Западного, Приволжского, Северо-Кавказского, Южного федеральных округов, Запорожской и Херсонской областей) – Шляхто Евгений Владимирович*

В российском здравоохранении, благодаря активной работе всех главных кардиологов и органов управления здравоохранения, достигнуты значительные успехи в развитии кардиологической службы, особенно в территориальном планировании стационарной и амбулаторной помощи, лекарственном обеспечении, кадровых вопросах и информатизации. Эти задачи выполнялись не формально, а с ориентацией на конечный результат, что привело к росту доступности медицинской помощи в разы, удвоению охвата чрескожными коронарными вмешательствами (ЧКВ), снижению летальности от инфаркта миокарда (ИМ) с 12,6% до 9,6%, а также оптимальному уровню лекарственного обеспечения пациентов. При этом следует отметить сохраняющиеся кадровые проблемы, однако они успешно решаются в том числе с помощью информатизации и телемедицины. Новые регионы также демонстрируют динамичное развитие кардиологической помощи, полностью интегрируясь в общероссийские стандарты, что подтверждается недавним выездным мероприятием.

Нельзя не отметить позитивные сдвиги и в структуре инвалидности в связи с БСК: снижается количество инвалидов, особенно первой группы, что является результатом большой совместной работы.

Однако сегодня перед кардиологической службой стоит гигантская задача – ежегодно предотвращать 71 тысячу смертей от БСК для выполнения поручения президента по увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

Сердечно-сосудистые заболевания остаются основным классом в структуре предотвратимой смертности и ключевым ресурсом роста продолжительности жизни, поэтому необходимо сфокусировать внимание на всем пациентском пути: на догоспитальном этапе от момента возникновения симптомов и звонка в службу скорой медицинской помощи до госпитализации, стационарном этапе, этапе выписки и диспансерном наблюдении. На сегодняшний день доля умерших вне стационара составляет 52,2%, что указывает на сохраняющихся резервы на каждом этапе. Несмотря на оптимальные показатели профильности госпитализаций, сохраняются резервы ранней госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST – лишь 35% госпитализированы в первые два часа после начала симптомов, кроме того летальность от ОКС с подъемом сегмента ST при неоптимальном пути – 23% по сравнению с 5,7% при «идеальном пути» подчеркивает необходимость повышения качества и доступности помощи пациентам.

Сегодня особое внимание уделяется ОКС без подъема сегмента ST: по данным мировых исследований у 33% пациентов данной группы наблюдается окклюзия коронарной артерии, при этом только 6% пациентам очень высокого риска выполняется коронароангиография в первые 2 часа от начала симптомов заболевания, что требует усиления диагностики и использования новых технологий, включая внутрисосудистую визуализацию, искусственный интеллект и мониторинговые центры.

Меры как первичной, так и вторичной профилактики остаются приоритетом с учетом недостаточно высокого охвата качественной помощью пациентов с БСК: 67% льготников не обеспечены терапией на полный год, 56% умерших от ИБС за два года не проходили стресс-эхокардиографию, а темпы АКШ и ЧКВ отстают на 12-29% от плана отраслевого Инцидента 9. Выявлено 19 регионов с высокой заболеваемостью ИБС и низким охватом нагрузочным тестированием, где оптимальным решением можно считать создание и развитие центров управления сердечно-сосудистыми рисками для обеспечения сбора и анализ данных, как, например, в Псковской области совместно СППВР MedicBK.

Первичная профилактика акцентирована на диспансеризации и профосмотрах, где низкая выявляемость БСК в 8 из 42 курируемых регионов требует внимания. Нам необходимо обеспечить «сдвиг влево» к факторам риска, что подразумевает раннюю диагностику и терапию для снижения тяжелых случаев. Представление о развитии болезней системы кровообращения в виде длительного процесса, запускаемого факторами риска, и выделение предстадий заболеваний уже отражены в клинических рекомендациях по лечению хронической сердечной недостаточности и фибрилляции предсердий. Классификация становится все более «жесткой» и в отношении артериальной гипертензии, где повышенное артериальное давление устанавливается уже при значениях выше 120 мм рт. ст. Сегодня фокус смещается в сторону метаболического здоровья и фенотипов ведущих заболеваний. По данным исследования ЭССЕ-РФ-3 распространенность гиперхолестеринемии составила 58%, гипертриглицеридемии – 32%; что подчеркивает необходимость движения к SCORE-2. Особое значение приобретают биомаркеры воспаления и натрийуретического пептида, которые уже внедряются в практику в рамках совместных арктических проектов с ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и Мурманской областью.

Важным шагом является переход от традиционной бинарной модели оценки риска к непрерывной риск-стратификации с учётом фенотипа и генотипа, используя полигенные шкалы риска. Для этого создаются регистры и регистровые платформы, реализуемые при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российского кардиологического общества, что обеспечивает профессиональное сообщество инструментами для более точной оценки и планирования медицинской помощи. Особое значение имеет

интеграция науки, клинической практики и бизнеса, что позволило реализовать проекты по изучению хронических заболеваний, таких как сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, хроническая обструктивная болезнь легких и резистентная артериальная гипертензия. Огромные ожидания возлагаются на регистр метаболического синдрома, направленный на описание клинических характеристик и рутинной терапии этой патологии. Кроме того, Российское кардиологическое общество активно участвует в просветительских и кадровых проектах, таких как создание музея здоровья, профориентация молодежи, тематические выставки и разработка профессионального стандарта «Врач-кардиолог», что направлено на формирование квалифицированных и мотивированных кадров. Одновременно с этим идет активное внедрение технологий искусственного интеллекта для создания цифровых проектов, которые обеспечивают раннее выявление маркеров риска, оптимизацию маршрутизации пациентов, повышение качества и доступности медицинской помощи.

4. Состояние медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях по профилю «кардиология» в субъектах Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республиках Российской Федерации

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

По данным автоматизированной системы мониторинга медицинской статистики (АСММС) Минздрава России, с учетом коэффициента годового выражения, за 9 мес. 2025 г. смертность населения от болезней системы кровообращения в среднем по РФ составила 572 на 100 тыс. В 18 субъектах из 47, курируемых ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, превышает 650 на 100 тыс. населения. Смертность от инфаркта миокарда в среднем по РФ составила 17 на 100 тыс., в 16 субъектах из 47, курируемых ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России, смертность была более 20 на 100 тыс. населения. Смертность от ИБС, как основная причина смертности от болезней системы кровообращения (47%) в среднем по РФ - 211 на 100 тыс., в 14 субъектах смертность более 250 на 100 тыс. населения. Доля смертей от ИМ вне стационаров от общего количества смертей от ИМ 48%. У 19 регионов данный показатель составляет более 50%.

За отчетный период возросла централизация в организации и контроле профильности госпитализации пациентов с острым коронарным синдром в привязке к территориальному планированию сети медицинских организаций на уровне региона в большинстве регионов курируемых ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. ак. Е.И. Чазова» Минздрава России. Передача и расшифровка электрокардиограммы для бригад скорой медицинской помощи при подозрении на острый коронарный синдром осуществляется в 32 из 45 регионов; маршрутизация силами только единых диспетчерских центров происходит в 27 из 45 регионов; прямая госпитализация пациентов с инфарктом миокарда в региональный сосудистый центр происходит в 37 из 45 регионов. Своевременный перевод пациентов с инфарктом миокарда из первичных сосудистых отделений в региональные сосудистые центры осуществляется в 78% регионов.

Показатель обеспеченности врачами-кардиологами на 10 тыс. населения за 2024 г. в среднем по РФ составил 0,94 (всего 13 709 специалистов), наименьшее значение показателя наблюдается в Сибирском федеральном округе – 0,84 и Дальневосточном федеральном округе – 0,89. Важно помнить, что данный показатель не отражает градиент между территориальным центром и районами региона, который сохраняется значительным во многих субъектах РФ. Необходимо увеличивать количество телемедицинских консультаций, что позволит нивелировать кадровый дефицит. Показатель обеспеченности врачами функциональной диагностики на 10 тыс. населения за 2024 г. в среднем по РФ составил 0,7 (всего 13 773 специалистов), наименьшее значение показателя наблюдается в Уральском и Центральном федеральных округах – 0,7. Обеспеченность врачами ультразвуковой диагностики на 10 тыс. населения в среднем по РФ составила 1,2 (всего 17 973 специалистов), наименьшее значение

показателя наблюдается в Уральском и Сибирском федеральных округах – 1,0 и 1,1 соответственно.

Обеспеченность кардиологическими койками на 10 тыс. населения за 2024 г. в среднем по РФ составила 3,8 (всего 44 627 коек), наименьшее значение показателя наблюдается в Центральном федеральном округе – 3,7 и Дальневосточном федеральном округе – 3,6. Необходимо способствовать росту данного показателя, т.к. порядка 50% кардиологических пациентов госпитализируются на терапевтические койки. Рост количества кардиологических позволит улучшить профильность медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Динамика показателя «доля пациентов с ОКСпСТ, госпитализированных в стационар в сроки <2 ч. от начала симптомов» возросла в 55% курируемых регионов (24 из 44) в сравнении с 9 мес. 2024 г., в среднем по РФ 35% пациентов поступают в первые 2 часа, во всех федеральных округах имеется положительная динамика. Динамика показателя «доля пациентов с ОКСпСТ, госпитализированных в стационар в срок до 12 ч. от начала симптомов» возросла в 62% курируемых регионов (28 из 45) в сравнении с 9 мес. 2024 г., в среднем по РФ 77% пациентов поступают в первые 12 часов, во всех федеральных округах имеется положительная динамика, кроме Дальневосточного, где динамика отрицательная и составляет -1%. Частота догоспитальной тромболитической терапии в среднем по РФ составляет 83%, 24 курируемых региона продемонстрировали положительную динамику. Показатель «доля пациентов с ОКСпСТ, которым проведено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) в первые 12 часов», в среднем по РФ составил 79%, резерв по показателю сохраняется в 20 регионах. Применение фармакоинвазивной стратегии в среднем по РФ увеличилось в 63% регионов и составляет 69%. Доля пациентов с ОКСпСТ в возрасте 70-79 лет, поступивших в региональные сосудистые центры за 9 мес. 2025 г. составила 73% в Центральном федеральном округе, 35% в Уральском федеральном округе, 24% в Сибирском федеральном округе и 64% в Дальневосточном федеральном округе., также важно анализировать данные по пациентам 80-89 лет и пациентам старше 90 лет, в том числе с анализом данных по показаниям к чрескожным коронарным вмешательствам. Доля пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпСТ) высокого риска, которым проведено чрескожное коронарное вмешательство, в целом остается низкой - 64%. Данный показатель является основным неиспользованным резервом. Динамика летальности пациентов с инфарктом миокарда продемонстрировала снижение на 4%, имеется положительная динамика в 24 субъектах РФ. Летальность в первичных сосудистых отделениях снизилась на 6% по РФ, в 27 регионах регистрируется положительная динамика. Необходимо более широкое внедрение в практику мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий, магнитно-резонансной компьютерной томографии, увеличение доли нагрузочных тестов с визуализацией, включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию.

Важным показателем является частота проведения внутрисосудистых ультразвуковых исследований и определения фракционного резерва кровотока при ангиографических вмешательствах на коронарных артериях. В среднем внутрисосудистые ультразвуковые исследования в РФ в 2024 г. применялись в 5,2% случаев или 15,6% от числа чрескожных коронарных вмешательств, выполненных у больных со стабильной ИБС, в расчете на 1 млн. населения – 121,2 процедур. Всем пациентам со стабильной ИБС рекомендована полная реваскуляризация миокарда, которая улучшает прогноз и снижает риски развития и прогрессирования хронической сердечной недостаточности. Коронарное шунтирование имеет преимущество перед чрескожным коронарным вмешательством в случае наличия поражения ствола левой коронарной артерии и многососудистом поражении при оценке по шкале SYNTAX более 23 баллов. Расчетное значение охвата плановым коронарным шунтированием на 100 тыс. населения составляет 16,7, среднеевропейский показатель охвата – 25 на 100 тыс. населения. В 10 регионах охват более 25, в 21 от 16,7 до 25, и в 14 регионах охват менее 16,7 на 100 тыс. населения. Охват плановым чрескожным коронарным вмешательством, при расчетном значении показателя 85 на 100 тыс. населения, в 9 регионах составляет более 85, в 15 регионах от 60 до 85, в 21 регионе охват менее 60 на 100 тыс. населения.

Своевременная радиочастотная абляция и криоабляция – эффективные методы профилактики прогрессирования заболевания у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при наличии пароксизмальной и персистирующей формы фибрилляции предсердий. Расчетное значение охвата населения радиочастотной абляцией – 26,3 на 100 тыс. населения, оптимальный целевой показатель - 42 на 100 тыс. населения. В 2024 г. в РФ выполнено 38 492 радиочастотных абляций, при этом оптимальное значение – 60 800 вмешательств. В 6 регионах охват радиочастотной абляцией составил от 19,7 до 41,7, в 12 регионах - более 41,7, и в 34 регионах охват был менее 19,7 на 100 тыс. населения.

В 2023-2025 г.г. регистрируется положительная динамика показателей качества оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме, в Луганской Народной Республике охват чрескожным коронарным вмешательством увеличился в 2,5 раза, в Донецкой Народной Республике – в 2,2 раза.

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

*О.Л.Барбараи, Д.В. Дупляков, М.Г. Глезер, О.М. Рейтблат, С.И.Проваторов,*

**По результатам заслушанных докладов и их обсуждения постановили:**

- 1) Одобрить регламент проведения заседания профильной комиссии Минздрава России по специальности «кардиология».
- 2) Принять к сведению информацию о предварительных итогах реализации мероприятий федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в 2025 г. и о задачах в 2026-2030 г.г.
- 3) Принять к сведению информацию о задачах региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья и главных профильных специалистов по содействию внедрения технологий искусственного интеллекта в региональные медицинские информационные системы и обучению врачей-кардиологов практической работе в современной информационной среде;
- 4) Главным специалистам кардиологам субъектов РФ провести анализ промежуточных и итоговых результатов мониторинга профилактики ИБС в 2025 г. для утверждения к исполнению планов мероприятий по повышению доступности диагностических мероприятий для лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, по повышению информативности проводимых диагностических исследований при ИБС, по улучшению обоснованности направлений на инвазивные исследования сердца и на проведение хирургической и эндоваскулярной реваскуляризации миокарда с целью снижения смертности и улучшения качества жизни населения;
- 5) На постоянной основе продолжить работу по контролю реализации программы льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» для обеспечения оптимального качественного состава лекарственной терапии, показателей охвата и удержания в программе пациентов таргетных групп и достижением целевых значений контролируемых в рамках диспансерного наблюдения показателей здоровья.
- 6) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации с целью повышения качества диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в стационарных и амбулаторно-поликлинических медицинских организациях подготовить и направить в региональные органы исполнительной власти предложения по расширению использования медицинских изделий с технологиями искусственного интеллекта в оказании помощи пациентам по профилю «кардиология».

- 7) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации совместно с региональными органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья обеспечить реализацию мероприятий по созданию и завершению создания центров управления рисками на базе организационно-методических подразделений региональных медицинских организаций 3 уровня, в соответствии с Приказом Минздрава России от 21.01.2021 г. №19н. Обеспечить внесение в перечень задач указанных центров: 1) непрерывное мониторирование процессов и объемов оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме и инфаркте миокарда на всех этапах, включая ежедневные виртуальные обходы специалистами медицинских организаций 3 уровня пациентов, госпитализированных в медицинские организации без возможности проведения инвазивной диагностики и эндоваскулярного лечения, с формированием еженедельных и ежеквартальных отчетов; 2) контроля за организацией и проведением диспансерного наблюдения лиц с болезнями системы кровообращения, включая кратность посещений врача, полноту проводимых исследований, результивность достижения целевых показателей здоровья, полноту и продолжительность льготного и бесплатного обеспечения лекарственными препаратами, проведения образовательных школ для пациентов и их родственников – с формированием ежеквартальных и годовых отчетов; 3) контроля за маршрутизацией пациентов с хроническими формами болезней системы кровообращения на диагностические исследования, специализированное и высокотехнологичное лечение и реабилитацию (в том числе за пределы региона и в федеральные медицинские организации) с формированием ежеквартальных и годовых отчетов. Срок: 01 апреля 2026 г., далее постоянно. Отчет о результатах направить главным специалистам кардиологам федеральных округов в срок до 10 апреля 2026 г., далее ежеквартально в течение 2026 г., не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным».
- 8) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации совместно с главными специалистами терапевтами в течение 2026 года обеспечить реализацию образовательных мероприятий по повышению компетенций амбулаторных специалистов, оказывающих медицинскую помощь при БСК.
- 9) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации пройти повышение квалификации по использованию медицинских изделий на основе искусственного интеллекта, внедренных в регионе, для ведения пациентов с БСК.
- 10) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации на постоянной основе обеспечить свое участие в телемедицинском консультировании врачей кардиологов и врачей-терапевтов участковых амбулаторно-поликлинического звена районных медицинских организаций, проводящих диспансерное наблюдение, по вопросам диагностики, лечения и маршрутизации пациентов с болезнями системы кровообращения.
- 11) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации совместно с главными специалистами по Скорой помощи и с главными специалистами по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению на постоянной основе обеспечить контроль за выполнением последующих чрескожных коронарных вмешательств в рамках фармакоинвазивной стратегии пациентам с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST электрокардиограммы после проведения тромболитической терапии.
- 12) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации совместно с главными специалистами по ультразвуковой и по функциональной диагностике обеспечить внедрение рекомендаций экспертов Российского кардиологического общества по проведению стандартной трансторакальной эхокардиографии. Срок: до 01 апреля 2026 г.
- 13) Главным специалистам кардиологам субъектов Российской Федерации совместно с главными специалистами по ультразвуковой и по функциональной диагностике, а также по лучевой диагностике и лечению обеспечить анализ существующих региональных тарифов на следующие виды исследований: 1) стресс-эхокардиография с нагрузочными и

фармакологическими пробами и методом чреспищеводной электрокардиостимуляции;  
2) рентгенкомпьютерная мультиспиральная ангиография коронарных артерий;  
3) однофотонная электронная компьютерная томография сердца с физической нагрузкой;  
4) магнитно-резонансная томография сердца с физической нагрузкой с последующей разработкой и внесением на рассмотрение региональных органов исполнительной власти обоснованных предложений об их коррекции, при необходимости. Срок: до 01 апреля 2026 г.

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

**С.А. Бойцов**

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

**Е.В. Шляхто**

Приложение  
к протоколу заседания профильной  
комиссии Министерства здравоохранения  
Российской Федерации по специальности  
«кардиология» № 2/2025 от 26 ноября 2025 г.

**Список членов профильной комиссии, присутствовавших на заседании 26.11.2025 г.**

1.	Бойцов Сергей Анатольевич	генеральный директор федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог (Центрального, Уральского, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов, Донецкой и Луганской Народных Республик) Министерства здравоохранения Российской Федерации (сопредседатель);
2.	Шляхто Евгений Владимирович	генеральный директор федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог (Северо-Западного, Приволжского, Южного, Северо-Кавказского федеральных округов, Херсонской и Запорожской областей) Министерства здравоохранения Российской Федерации (сопредседатель);
3.	Алексеенко Алексей Владимирович	Заведующий организационно-методическим отделом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С.Барбара», главный внештатный специалист кардиолог Министерства здравоохранения Кемеровской области;
4.	Алекян Баграт Гегамович	заместитель директора по науке и инновационным технологиям федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению Министерства здравоохранения Российской Федерации;

5.	Барбара Ольга Леонидовна	директор федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Сибирского федерального округа;
6.	Богданов Дмитрий Юрьевич	заведующий кардиологическим отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения Приморского края «Владивостокская клиническая больница №1», доцент института терапии и инструментальной диагностики, главный внештатный специалист кардиолог Приморского края;
7.	Быков Александр Николаевич	заведующий кардиологическим отделением государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница № 1», главный внештатный специалист кардиолог Свердловской области;
8.	Виллевальде Светлана Вадимовна	начальник службы анализа и перспективного планирования Управления по реализации федеральных проектов, заведующая кафедрой кардиологии ИМО федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
9.	Виноградова Оксана Владимировна	заведующая региональным сосудистым центром – врач-кардиолог государственного автономного учреждения здравоохранения «Оренбургская областная клиническая больница им. В.И.Войнова», главный внештатный специалист кардиолог Оренбургской области;
10.	Глезер Мария Генриховна	заведующая кафедрой кардиологии, государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф.Владимирского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Московской области;
11.	Джанибекова Лейла Рамазановна	заведующая отделением неотложной кардиологии республиканского государственного бюджетного лечебно-профилактического учреждения «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница», доцент кафедры внутренних болезней медицинского института «Северо -Кавказская государственная академия», главный внештатный специалист кардиолог Карачаево-Черкесской Республики;

12.	Дундуа Давид Петрович	руководитель Кардиологического центра, заведующий кафедрой кардиологии института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, «Федеральный научно-клинический центр»;
13.	Дуничева Оксана Витальевна	главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Новосибирской области;
14.	Дупляков Дмитрий Викторович	заместитель главного врача по медицинской части государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова», заведующий кафедрой пропедевтической терапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Самарской области;
15.	Жуков Николай Игоревич	главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Тверской области;
16.	Завадкин Алексей Викторович	заведующий региональным сосудистым центром областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Смоленская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Смоленской области;
17.	Звартау Надежда Эдвиновна	заместитель генерального директора по работе с регионами, начальник Управления по реализации федеральных проектов федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (секретарь);
18.	Ковалева Наталья Витальевна	заведующая отделением кардиологии федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медико-биофизический центр им. А.И.Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, главный внештатный специалист

		по кардиологии Федерального медико-биологического агентства России;
19.	Кожокарь Кристина Георгиевна	Руководитель кардиологической службы государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Тюменская областная клиническая больница №2», главный внештатный специалист кардиолог Тюменской области;
20.	Колоева Хадишат Макшариповна	кардиолог регионального сосудистого центра, государственного бюджетного учреждения «Ингушская республиканская клиническая больница имени А.О. Ахушкова», главный внештатный специалист кардиолог Республики Ингушетии;
21.	Кореннова Ольга Юрьевна	главный врач бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Омской области;
22.	Костина Ксения Сергеевна	заместитель главного врача по терапевтической помощи, врач-кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница», ассистент кафедры госпитальной терапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Архангельской области;
23.	Кузуб Алина Александровна	заместитель главного врача по региональному сосудистому центру государственного бюджетного учреждения здравоохранения Псковской области «Псковская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Псковской области;
24.	Курбаков Николай Николаевич	заведующий кардиологическим отделением Регионального сосудистого центра бюджетного медицинского учреждения «Курская областная клиническая больница» Комитета здравоохранения Курской области, главный внештатный специалист кардиолог Курской области;
25.	Кулибаба Елена Викторовна	заведующая кардиологическим отделением для больных с острым коронарным синдромом с палатой реанимации и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области, главный внештатный специалист кардиолог Владимирской области;

26.	Лазарева Наталия Витальевна	ведущий научный сотрудник лаборатории мониторинга научных программ по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
27.	Ломовцева Резеда Хамидовна	первый заместитель главного врача, заместитель главного врача по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, врач-кардиолог государственного областного бюджетного учреждения здравоохранения «Новгородская областная клиническая больница»; главный внештатный специалист кардиолог Новгородской области;
28.	Львов Вадим Эдмонович	руководитель регионального сосудистого центра, врач кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Ленинградская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ленинградской области;
29.	Мевша Ольга Владимировна	главный врач областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница №2 г. Белгорода», главный внештатный специалист кардиолог Белгородской области;
30.	Палеев Филипп Николаевич	первый заместитель генерального директора – заместитель генерального директора по научной работе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
31.	Погорелова Наталья Анатольевна	заведующая кардиологическим отделением для больных с острым инфарктом миокарда регионального сосудистого центра государственного автономного учреждения здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Амурской области;
32.	Погосова Нана Вачиковна	заместитель генерального директора по научно-аналитической работе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

33.	Проваторов Сергей Ильич	ведущий научный сотрудник отдела легочной гипертензии и заболеваний сердца Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Центрального федерального округа;
34.	Протасов Константин Викторович	заместитель директора по научной работе Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
35.	Пронин Алексей Андреевич	заместитель главного врача государственного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», руководитель регионального сосудистого центра, главный внештатный специалист по организации региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений Забайкальского края;
36.	Рабинович Роберт Михайлович	заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница» Министерства здравоохранения Тверской области, главный внештатный специалист по неотложной кардиологии Тверской области;
37.	Рейтблат Олег Маркович	начальник Регионального сосудистого центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», главный внештатный специалист кардиолог Уральского федерального округа;
38.	Рагозина Аурика Салаватовна	руководитель сосудистого центра, врач кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Новоуренгойская городская больница», главный внештатный специалист кардиолог Ямalo-Ненецкого автономного округа;
39.	Самохвалов Евгений Владимирович	заведующий кардиологическим отделением № 4 краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Красноярского края,

		по острому коронарному синдрому;
40.	Сваровская Алла Владимировна	старший научный сотрудник отделения патологии миокарда научно-исследовательского института кардиологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», главный внештатный специалист кардиолог Томской области;
41.	Сорокин Евгений Владимирович	руководитель научно-организационного отдела федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (секретарь);
42.	Тимошенко Елена Сергеевна	заведующая городским кардиологическим диспансером и ревматологическим центром государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №5 Нижегородского района города Нижнего Новгорода», главный внештатный специалист кардиолог Нижегородской области;
43.	Тотушев Магомед Умарпашаевич	главный врач государственного бюджетного учреждения Республики Дагестан «Республиканский кардиологический диспансер», главный внештатный специалист кардиолог Республики Дагестан;
44.	Фаянс Ирина Владиславовна	заведующая кардиологическим отделением № 1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ставропольского края;
45.	Филиппов Евгений Владимирович	заведующий кафедрой поликлинической терапии и профилактической медицины федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист кардиолог Рязанской области;
46.	Хрипун Алексей Валерьевич	заместитель главного врача по медицинской части, директор Областного сосудистого центра государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Ростовской области и Южного федерального округа;
47.	Черепенин	заведующий кардиологическим отделением №1 государственного бюджетного учреждения

	Сергей Михайлович	здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», главный внештатный специалист кардиолог Челябинской области;
48.	Шангина Анна Михайловна	заместитель начальника Управления по реализации задач национального медицинского исследовательского центра в субъектах Российской Федерации федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
49.	Шестова Ирина Игоревна	главный врач государственного учреждения здравоохранения Тульской области «Городская больница № 13 г. Тулы», главный внештатный специалист кардиолог Тульской области;
50.	Шилкина Елена Зоригтовна	Заведующая областным кардиологическим диспансером бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная больница №1», главный внештатный специалист кардиолог Воронежской области;
51.	Щукина Светлана Евгеньевна	заведующая кардиологическим отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Южно-Сахалинская городская больница имени Ф.С.Анкудинова», главный внештатный специалист кардиолог Сахалинской области;