



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Главным внештатным
специалистам
Минздрава России

**ПЕРВЫЙ
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58
01 СЕН 2016 № 14-4/10/1-4939

На № _____ от _____

Во исполнение Протокола совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 7 июля 2016 г. № ОГ-П12-174пр о внедрении клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в практическое здравоохранение, Министерством здравоохранения Российской Федерации осуществлена работа по созданию прототипа электронного Рубрикатора клинических рекомендаций. В настоящее время осуществляется размещение в электронном Рубрикаторе актуализированных клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с включенными в них критериями оценки качества медицинской помощи и алгоритмами действий врача.

В целях оказания методической помощи разработчикам клинических рекомендаций и оптимизации процесса внесения клинических рекомендаций в Рубрикатор направляем Вам подготовленные Минздравом России «Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе» и «Рекомендации по разработке алгоритмов действий врача».

Актуализированные и разработанные по ранее представленным графикам клинические рекомендации необходимо привести в соответствие с направленными «Требованиями к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе» и «Рекомендациями по разработке алгоритмов действий врача» и направить в профильные департаменты Минздрава России по компетенции по электронным адресам: KorpanOU@rosminzdrav.ru; KaravaevaLV@rosminzdrav.ru и в ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» (ЦЭККМ) – kk@rosmedex.ru.

Организационно-методическое сопровождение работы с Рубрикатором осуществляет ЦЭККМ (Сухоруких Ольга Александровна, тел.+7 (495) 783 19 05, e-mail: kk@rosmedex.ru).

Дополнительно сообщаем, что для удобства использования указанные документы размещены в информационном портале для главных внештатных специалистов по адресу: <http://vsforum.rosminzdrav.ru/>.

Приложение: Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе и Рекомендации по разработке алгоритмов действий врача на 32 л. в 1 экз.

Минздрав России



1004939

01.09.16

О.Ю. Корпан
8 (495) 627-26-18

И.Н. Каграманян



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе

2016

Оглавление

Список сокращений	3
Термины и определения	4
Введение.....	6
1. Ключевые принципы разработки клинических рекомендаций	6
2. Структура клинических рекомендаций.....	7
2.1 Описание разделов клинических рекомендаций.....	8
2.1.1 Раздел «Титульный лист» - см. Приложение 1.	8
2.1.2 Раздел «Ключевые слова»	9
2.1.3 Раздел «Список сокращений»	9
2.1.4 Раздел «Термины и определения».....	10
2.1.5 Раздел «1. Краткая информация»	10
2.1.6 Раздел «2. Диагностика».....	11
2.1.7 Раздел «3. Лечение»	11
2.1.8 Раздел «4. Реабилитация».....	11
2.1.9 Раздел «5. Профилактика и диспансерное наблюдение»	11
2.1.10 Раздел «6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома»	12
2.1.11 Раздел «Критерии оценки качества медицинской помощи»	12
2.1.12 Раздел «Список литературы».....	12
2.1.13 Раздел «Приложение А1. Состав Рабочей группы».....	12
2.1.14 Раздел «Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций»	13
2.1.15 Раздел «Приложение А3. Связанные документы.....	14
2.1.16 Раздел «Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента».....	14
2.1.17 Раздел «Приложение В. Информация для пациента».....	15
2.1.18 Раздел «Приложение Г1 – Г... Шкалы оценки, опросники и т.д., приведённые в тексте клинических рекомендаций».....	15
3. Общие требования к оформлению клинических рекомендаций	15
3.1 Общие принципы форматирования.....	15
3.1.1 Форматирование заголовков 1 уровня	16
3.1.2 Форматирование заголовков 2 уровня	16
3.1.3 Форматирование рекомендаций	16
3.2 Аббревиатуры (сокращения).....	17
3.3 Требования к рисункам.....	17
3.4 Требования к таблицам.....	18
3.5 Список литературы	18

Список сокращений

МКБ 10 – Международная классификация 10 пересмотра

Термины и определения

Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов.

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Лабораторная диагностика — совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Рабочая группа – двое или более людей одинаковых или различных профессий, работающих совместно и согласованно в целях создания клинических рекомендаций, и несущих общую ответственность за результаты данной работы.

Состояние - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

Синдром – совокупность симптомов с общими этиологией и патогенезом.

Тезис – положение, истинность которого должна быть доказана аргументом, или опровергнута антитезисом.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Хирургическое вмешательство – инвазивная процедура, может использоваться в целях диагностики и/или как метод лечения заболеваний.

Хирургическое лечение — метод лечения заболеваний путём разъединения и соединения тканей в ходе хирургической операции.

Введение

Клинические рекомендации — документ, основанный на доказанном клиническом опыте, описывающий действия врача по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике заболеваний, помогающий ему принимать правильные клинические решения. Основу рекомендаций составляет доказательная медицина. Клинические рекомендации являются результатом длительной совместной работы специалистов, утверждаются профессиональными медицинскими обществами и предназначены врачам и организаторам здравоохранения, которые могут их использовать для подбора оптимальной терапии, разработки критериев качества и управления лечебно-диагностическим процессом, создания типовых табелей оснащения, непрерывного повышения квалификации врачей.

Изложенные ниже требования к структуре и форматированию клинических рекомендаций должны учитываться при разработке клинических рекомендаций по ведению пациентов при конкретном заболевании/состоянии/синдроме.

1. Ключевые принципы разработки клинических рекомендаций

Цель создания клинических рекомендаций – оптимизация ведения больных с тем или иным заболеванием/состоянием/синдромом с учётом новейших клинических исследований и принципов доказательной медицины.

Ключевые принципы разработки клинических рекомендаций:

- Клинические рекомендации состоят из тезисов (рекомендаций) о заболевании/синдроме/состоянии или об использовании медицинского вмешательства при данном заболевании/состоянии/синдроме с указанием степени и уровня рекомендации данного тезиса и поясняющих комментариев;
- Клинические рекомендации должны быть основаны на доказательной медицине. Решение о рекомендации/не рекомендации применения медицинского вмешательства должно основываться на имеющихся доказательствах её эффективности и безопасности, при этом доказательства подвергаются поиску, сравнению и обобщению, а также на том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации;
- Клинические рекомендации обязаны содержать полную и объективную информацию о преимуществах и ограничениях различных медицинских вмешательств в соответствии с современными достижениями медицины, основанной на доказательствах;
- Клинические рекомендации призваны предоставить медицинскому работнику практическую информацию, которая может помочь при выборе наиболее успешной

стратегии ведения пациента с учётом её влияния на исход заболевания, при этом выбор методов диагностики и лечения в отношении конкретного пациента определяется лечащий врач;

- Клинические рекомендации разрабатываются рабочей группой, состоящей из независимых и беспристрастных экспертов, и утверждаются профессиональными некоммерческими организациями по итогам их публичного обсуждения и рецензирования;

- Клинические рекомендации должны быть доступны для медицинских работников на всей территории Российской Федерации, в связи с чем клинические рекомендации размещаются в глобальной сети Интернет на общедоступном информационном ресурсе (Рубрикаторе клинических рекомендаций).

2. Структура клинических рекомендаций

Клинические рекомендации должны включать следующие разделы:

- **Титульный лист** – обязательный раздел;
- **Оглавление** (автособираемое) – обязательный раздел;
- **Ключевые слова** – обязательный раздел;
- **Список сокращений** – обязательный раздел;
- **Термины и определения** – обязательный раздел;
- **1. Краткая информация** – обязательный раздел;
- **2. Диагностика** – обязательный раздел;
- **3. Лечение** – обязательный раздел;
- **4. Реабилитация** – обязательный раздел;
- **5. Профилактика и диспансерное наблюдение*** – рекомендуемый раздел;
- **6. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома*** – рекомендуемый раздел;
- **Критерии оценки качества медицинской помощи** – обязательный раздел;
- **Список литературы** – обязательный раздел;
- **Приложение А1. Состав Рабочей группы** – обязательный раздел;
- **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций** – обязательный раздел;
- **Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента** – обязательный раздел;
- **Приложение В. Информация для пациента** – обязательный раздел;
- **Приложение Г1-Г... Шкалы оценки, опросники и т.д., приведённые в тексте клинических рекомендаций*** – рекомендуемый раздел.

** выделены рекомендуемые разделы клинических рекомендаций*

Форматирование названий разделов должно соответствовать п. 3.1.1 «Форматирование заголовков 1-ого уровня».

2.1 Описание разделов клинических рекомендаций

2.1.1 Раздел «Титульный лист» - см. Приложение 1.

- **Наименование клинических рекомендаций** – название должно наиболее корректно и полно отражать содержание клинических рекомендаций, поле заполняется Рабочей группой:

- Наименование заболевания/состояния/синдрома должно быть в именительном падеже. Если у заболевания/состояния/синдрома есть общепринятая аббревиатура (сокращение), необходимо указать его в скобках после полного наименования.

Пример: Хроническая болезнь почек (ХБП);

- В случае, если существует несколько заболеваний/состояний/синдромов с одинаковым существительным в названии, то сначала записывается существительное.

Пример 1: Лишай красный плоский, Лишай разноцветный

Пример 2: Сифилис, Сифилис врожденный

Пример 3: Дерматит контактный, Дерматит себорейный

- В случае, если рекомендации описывают тактику ведения больных определенного возраста, то возрастная группа указывается после наименования заболевания/состояния/синдрома.

Пример: Хроническая болезнь почек (ХБП) у детей;

- В случае, если рекомендации разработаны относительно синдрома, возникающего при определённом заболевании/состоянии, то сначала указывается наименование заболевания/состояния, затем через двоеточие наименование синдрома.

Пример 1: Хроническая болезнь почек (ХБП): анемия

Пример 2: Хроническая болезнь почек (ХБП) у детей: анемия;

- **Кодирование рассматриваемого заболевания/состояния/синдрома по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10)**, в данном разделе указываются подкоды МКБ 10 через слеш (/), в случае отсутствия

кодирования ставится прочерк (—), поле заполняется Рабочей группой, при кодировании необходимо использовать латинский алфавит;

- **Год утверждения клинических рекомендаций (частота пересмотра)** – указывается год утверждения клинических рекомендаций, в скобках указывается срок действия). Поле заполняется Рабочей группой.

Пример:

Год утверждения (частота пересмотра): **2015 (пересмотр каждые 3 года);**

- **Поле ID** – поле заполняется организацией, ответственной за размещение клинических рекомендаций в глобальной сети Интернет;
- **Поле URL** – поле заполняется организацией, ответственной за размещение клинических рекомендаций в глобальной сети Интернет;
- **Профессиональные ассоциации** – перечень профессиональных ассоциаций, участвующих в разработке клинических рекомендаций, в алфавитном порядке в формате маркированного списка с маркером «чёрный круг», поле заполняется Рабочей группой.

2.1.2 Раздел «Ключевые слова»

Данный раздел включает в себя набор ключевых слов и/или словосочетаний, обеспечивающих дополнительные возможности для поиска клинических рекомендаций.

Раздел заполняется организацией, ответственной за размещение клинических рекомендаций в глобальной сети Интернет.

2.1.3 Раздел «Список сокращений»

Список сокращений представляет собой перечень сокращений, использованных в клинических рекомендациях, с расшифровкой через тире, должен быть приведён в алфавитном порядке. Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1 «Общие принципы форматирования».

Раздел заполняется Рабочей группой.

Пример:

ДИ — доказательный индекс

НПВС — нестероидные противовоспалительные средства

РКИ — рандомизированное клиническое исследование

УДД — уровень достоверности доказательств

2.1.4 Раздел «Термины и определения»

В данном разделе должны быть даны определения новых или узконаправленных профессиональных терминов. Список терминов и определений должен быть приведён в алфавитном порядке (сначала русский алфавит, затем латинский алфавит). Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1 «Общие принципы форматирования»

Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.5 Раздел «1. Краткая информация»

В данном разделе должны быть следующие подразделы:

- **1.1 Определение** – краткое определение заболевания/состояния/синдрома;
- **1.2 Этиология и патогенез** – краткая информация о механизмах патогенеза заболевания/состояния/синдрома;
- **1.3 Эпидемиология** – краткая информация о эпидемиологической распространённости заболевания/состояния/синдрома на территории Российской Федерации и в мире;
- **1.4 Кодирование по МКБ 10** – указание кодов МКБ 10 заболевания/состояния/синдрома расшифровкой через длинное тире в столбик. При кодировании необходимо использовать латинский алфавит.

Пример кодирования (для язвы желудка с прободением):

Язва желудка (K25):

K25.1 – Острая с прободением;

K25.2 – Острая с кровотечением и прободением;

K25.5 – Хроническая или не уточнённая с прободением;

K25.6 – Хроническая или не уточнённая с кровотечением и прободением.

Язва двенадцатиперстной кишки (K26):

K26.1 – Острая с прободением;

K26.2 – Острая с кровотечением и прободением;

K26.5 – Хроническая или не уточнённая с прободением;

K26.6 – Хроническая или не уточнённая с кровотечением и прободением.

- **1.5 Классификация** – краткая информация о действующей классификации нозологии/синдрома.

Названия подразделов должны быть приведены в соответствие с п.3.1.2 «Форматирование заголовков 2 уровня». Форматирование текста в разделе должно

соответствовать п.3.1 «Общие принципы форматирования». Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.6 Раздел «2. Диагностика»

Раздел должен включать в себя следующие подразделы, форматирование подразделов должно быть в соответствии с п.3.1.2 «Форматирование заголовков 2-ого уровня»:

2.1 Жалобы и анамнез;

2.2 Физикальное обследование;

2.3 Лабораторная диагностика;

2.4 Инструментальная диагностика;

2.5 Иная диагностика.

Форматирование текста в подразделах должно соответствовать п. 3.1.3 «Форматирование рекомендаций».

Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.7 Раздел «3. Лечение»

Раздел должен включать в себя следующие подразделы, форматирование подразделов должно быть в соответствии с п.3.1.2 «Форматирование заголовков 2-ого уровня»:

3.1 Консервативное лечение;

3.2 Хирургическое лечение;

3.3 Иное лечение.

Форматирование текста в подразделах должно соответствовать п.3.1.3 «Форматирование рекомендаций».

Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.8 Раздел «4. Реабилитация»

Раздел включает в себя рекомендации по методам реабилитации пациентов с данным заболеванием/состоянием/синдромом.

Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1.3 «Форматирование рекомендаций».

Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.9 Раздел «5. Профилактика и диспансерное наблюдение»

Раздел включает в себя рекомендации по методам профилактики и диспансерному наблюдению данного заболевания/состояния/синдрома.

Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1.3 «Форматирование рекомендаций».

Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.10 Раздел «6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома»

В данном разделе размещается информация, влияющая на течение и исход заболевания/состояния/синдрома, но не вошедшая в разделы 1-5, в том числе о сопутствующих заболеваниях/состояниях/синдромах, влияющих на течение и исход заболевания/состояния/синдрома (например, беременность, ВИЧ).

Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1.3 «Форматирование рекомендаций».

Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.11 Раздел «Критерии оценки качества медицинской помощи»

В данном разделе должны быть размещены рекомендуемые Рабочей группой критерии оценки качества медицинской помощи с указанием уровня достоверности доказательств и уровня убедительности рекомендаций при конкретном заболевании/состоянии/синдроме в форме нумерованных списков. Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1 «Общие принципы форматирования» и п.3.4 «Требования к таблицам».

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций

Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.12 Раздел «Список литературы»

В данном разделе должны быть размещены источники литературы, которые были использованы Рабочей группой при разработке клинических рекомендаций. Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1 «Общие принципы форматирования» и п.3.4 «Требования к списку литературы».

Раздел заполняется Рабочей группой.

2.1.13 Раздел «Приложение А1. Состав Рабочей группы»

1. В данном разделе должны быть указан список Членов Рабочей группы в алфавитном порядке и заявлен конфликт интересов;

2. Необходимо указать следующую информацию о Члене Рабочей группы: Фамилия И.О., ученая степень, ученое звание, почетные звания и награды (при наличии), профессиональная ассоциация, членом которой является специалист. Если Член Рабочей группы не является представителем профессиональных ассоциаций, это необходимо указать.

Раздел заполняется Рабочей группой.

Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1 «Общие принципы форматирования».

2.1.14 Раздел «Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций»

Раздел заполняется Рабочей группой. В данном разделе должна быть описана методология разработки клинических рекомендаций. Форматирование текста в разделе должно соответствовать п. 3.1 «Общие принципы форматирования».

Раздел обязательно должен иметь следующие пункты:

- Целевая аудитория разработанных клинических рекомендаций в следующей форме:
«Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:
1.;
2.;
3 ...
.... ».

Наименование медицинских специальностей необходимо указывать в соответствии с Приказом Минздрава России от 07.10.2015 N 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование" и перечнем должностей медицинских работников в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н (ред. от 01.08.2014) "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников".

- Таблица П1. Уровни достоверности доказательств с указанием использованной классификации уровней достоверности доказательств;
- Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций с указанием использованной классификации уровней убедительности рекомендаций;
- Порядок обновления клинических рекомендаций.

2.1.15 Раздел «Приложение А3. Связанные документы»

В данном разделе указываются нормативно-правовые документы, в соответствии с которыми разрабатывались клинические рекомендации, и нормативно-правовые документы, разработанные на основе/с учётом данных клинических рекомендаций.

Пример представления данных раздела Связанные документы:

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

- 1) Порядок оказания медицинской помощи по ... (реквизиты соответствующего Приказа);
На основании данных клинических рекомендаций разработаны следующие документы:
 - 1) Стандарт медицинской помощи ... (реквизиты соответствующего Приказа)
 - 2) Критерии оценки качества медицинской помощи по ...(реквизиты соответствующего Приказа)

2.1.16 Раздел «Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента»

В данном разделе включены алгоритмы ведения пациента (блок-схемы), разработанные в соответствии с Методологией разработки алгоритмов ведения пациента и Требованиями к разработке алгоритмов действий врача (блок-схемам) для размещения в Рубрикаторе.

Если разработано несколько алгоритмов, то необходимо их озаглавить. Название алгоритма должно состоять из порядкового номера алгоритма (нумерация сквозная) и краткой характеристики, четко отражающей отличия данного алгоритмы от других.

Пример:

Название алгоритма 1 в клинических рекомендациях «Псориаз»: **1. Алгоритм ведения (взрослые)**

Название алгоритма 2 в клинических рекомендациях «Псориаз»: **2. Алгоритм ведения (дети)**

Название включенных в алгоритм подсхем формируется следующим образом: к порядковому номеру алгоритма присоединяется порядковый номер подсхемы.

Пример:

Название подсхемы «Этапы» блок-схемы «1. Алгоритм ведения (взрослые)» клинических рекомендациях «Псориаз»: **1.1 Алгоритм ведения (взрослые)**

Название подсхемы «Диагностика» блок-схемы «1. Алгоритм ведения (взрослые)» клинических рекомендациях «Псориаз»: **1.2 Алгоритм ведения (взрослые)**

2.1.17 Раздел «Приложение В. Информация для пациента»

В данном разделе должна содержаться информация для пациента, помогающая ему самостоятельно контролировать течение заболевания/состояния/синдрома и сохранять приверженность лечению, например, информация о частоте посещения врача, мерах самостоятельной помощи при приступе и т.д. Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1 «Общие принципы форматирования».

2.1.18 Раздел «Приложение Г1 – Г... Шкалы оценки, опросники и т.д., приведённые в тексте клинических рекомендаций»

В разделах Приложений Г размещаются шаблоны шкал оценки, опросников и иных документов, помогающих медицинскому работнику в процессе принятия решения о выборе метода лечения пациента. Форматирование текста в разделе должно соответствовать п.3.1 «Общие принципы форматирования».

Каждый новый шаблон размещается в новом Приложении.

Раздел заполняется Рабочей группой.

3. Общие требования к оформлению клинических рекомендаций

3.1 Общие принципы форматирования

- выравнивание по ширине;
- шрифт Times New Roman 12;
- 1,5-строчный интервал, в таблицах – 1;
- межабзацные интервалы равны 0;
- без пропуска строк внутри текстового фрагмента;
- без переносов;
- отступ первой строки абзаца («красная» строка) – 1,25 см;
- поля обычные – верхние и нижние – 2 см, левое – 3 см, правое – 1,5 см;
- страницы пронумерованы (внизу по центру, на 1-й странице без номера);
- пустые строки внутри текста не допускаются;
- все списки (маркированные и нумерованные) должны быть со знаками препинания в конце строк (точка с запятой, в конце последней строки списка - точка);
- на все таблицы и рисунки должны быть ссылки в тексте (табл. 1, рис. 1).
- к каждой таблице или рисунку в тексте должно быть краткое описание, нельзя начинать раздел с таблицы или рисунка – обязательно должен быть вводный текст.

Пример 1:

Соотношение мужчин и женщин при ПЯ составляет 2:1, но за последнее десятилетие число пациентов женского пола увеличилось в 3 раза. Основная часть больных — лица молодого и среднего возраста, причём в этой возрастной группе в 7—10 раз преобладают мужчины. Пик заболеваемости приходится на возраст 40-60 лет [1,2,4,7].

Пример 2:

3. По клинической форме:

- 1) прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);
- 2) атипичное прободение (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);
- 3) сочетание прободения с другими осложнениями язвенного процесса (кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация).

3.1.1 Форматирование заголовков 1 уровня

- Шрифт Times New Roman 14;
- Полужирное начертание;
- Выравнивание по ширине;
- 1,5-строчный интервал.

Пример:

Термины и определения

3.1.2 Форматирование заголовков 2 уровня

- Шрифт Times New Roman 12;
- Полужирное начертание;
- Подчёркивание текста – подчёркнутый;
- Выравнивание по ширине;
- 1,5-строчный интервал.

Пример:

Эпидемиология

3.1.3 Форматирование рекомендаций

- Обязательно должно быть написано «рекомендует» или «не рекомендует» Рабочая группа данное медицинское вмешательство при конкретном заболевании/состоянии/синдроме;
- В случае, если рекомендации относятся к лекарственному препарату, внесенному в перечень ЖНВЛП, наименование лекарственного препарата должно быть выделено двумя звездочками.

Пример: ретинол**

- Рекомендация выделяется списком с маркером «чёрный круг», форматирование соответствует п.3.1;
- Уровень убедительности рекомендаций и уровень достоверности доказательств – шрифт Times New Roman 12, полужирное начертание;
- Обязательно уровень убедительности рекомендаций и уровень достоверности доказательств должен сопровождаться ссылкой на опубликованный авторитетный источник данной информации;
- Комментарии – шрифт Times New Roman 12, курсивное начертание.

Пример:

- Не рекомендуется использовать лапароскопическое лечение у больных с 2-3 баллами по шкале Воеу.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1с).

Комментарии: *Целесообразность выполнения лапароскопической операции при острых заболеваниях живота позволяет определить прогностическая шкала Воеу. Шкала получила широкое распространение среди зарубежных хирургов из-за высокого уровня достоверности прогноза (93,8%). Она состоит из 3 факторов риска, каждый из которых оценивается в 1 балл: гемодинамическая нестабильность при поступлении (систолическое АД менее 100 мм. рт. ст.), поздняя госпитализации (свыше 24 ч.), наличие сопутствующих заболеваний (ASA > 3).*

3.2 Аббревиатуры (сокращения)

1. Вводятся при первом использовании термина;
2. После введения аббревиатуры в тексте используется только она, а не полное написание термина. Однако аббревиатур следует по возможности избегать:
 - на рисунках и в таблицах (при наличии технической возможности)
 - в заголовках, целях, выводах.

3.3 Требования к рисункам

- Рисунки должны быть пронумерованы (сквозная нумерация) и иметь название (ПОД рисунком);
- Название включает ответ на вопросы: Что (кто)? Где? Когда? Как?

3.4 Требования к таблицам

- Должны быть пронумерованы (сквозная нумерация) и иметь название (над таблицей). Таблицы, размещаемые в Приложении, называются не Таблицами, а Приложениями;
- Название включает ответ на вопросы: Что (кто)? Где? Когда? Как?;
- Сокращения, используемые только в этой таблице, должны быть расшифрованы под таблицей (в примечаниях к ней);
- Все строки и столбцы должны быть названы;
- Указаны единицы измерения;
- Все числа, относящиеся к одному признаку, округляются до одного и того же числа десятичных разрядов;
- Точки в таблицах в конце названия и в конце пунктов списка не ставятся;
- Вся ячейки в таблице должны быть заполнены; неиспользуемые (неприменимые) – залиты светло-серым, отсутствие сведений обозначается фразами «Нет данных», «Нет сведений» и т.п. Если много пустых ячеек в связи с одним и тем же обстоятельством (например, «Нет данных»), то допускается ставить прочерки, обозначив в примечании к таблице, что они означают;
- В любой ячейке первое слово пишется с большой буквы.

3.5 Список литературы

1. В порядке цитирования;
2. Ссылки в тексте приводятся в квадратных скобках;
3. Единый стиль (ГОСТ);
4. Указание страниц обязательно;
5. Для интернет-публикации указывается не только URL, но и название документа;
6. Использование автоматических ссылок нежелательно;
7. Фамилия, инициалы авторов (инициалы с точками): Иванов И.И.; Smith M.S.
8. Документы (Приказы, ГОСТы, Медико-санитарные правила, Методические указания, Положения, Постановления, Санитарно-эпидемиологические правила, Нормативы, Федеральные законы) нужно указывать не в списках литературы, а сносками в тексте.
9. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются;
10. Библиографическое описание книги: (после ее названия): город (где издана); после двоеточия название издательства; после точки с запятой год издания. Если ссылка дается на главу книги: (авторы); название главы; после точки ставится "В кн.:" или "In:" и фамилия(и) автора(ов) или редактора(ов), затем название книги и выходные данные;
11. В ссылках на электронные ресурсы следует указывать полный веб-адрес.

Пример:

1. Иванов И.И. Лечение артериальной гипертонии. Клин. геронтол. 1995; № 6: с.56 – 59.
2. Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: Ньюдиамед, 2007; с. 241 – 246.
3. Петропавловская О.Ю. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. СПб, 1999.
4. Misra A. Are biosimilars really generics? Expert Opin Biol Ther 2010; №10 (4): с.489-494.
5. Vincent M.D., Dranitsaris G. The price function of toxicity. Lancet Oncol 2009; №10 (3):299-303.
6. Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи — основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях. Пробл. стандарт. здравоохр. 2006; № 6: с. 3-18. URL: [http: // www.zdrav.net/doc/pr/2006/prc06/pdf](http://www.zdrav.net/doc/pr/2006/prc06/pdf)



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Рекомендации по разработке алгоритмов действий врача (блок-схем)

2016

Оглавление

Термины и определения	3
Введение.....	4
1. Описание блок-схемы	6
2. Основные элементы блок-схемы	7
3. Основные характеристики блок-схемы.....	9
4. Требования к оформлению блок-схемы.....	10
5. Текстовое сопровождение блок-схемы.....	12
6. Требования к порядку разработки блок-схемы.....	13

Термины и определения

Выздоровление пациента – восстановление физиологических и социальных функций пациента.

Клинические рекомендации — документ, основанный на доказанном клиническом опыте, описывающий действия врача по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике заболеваний, помогающий ему принимать правильные клинические решения.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

Введение

Алгоритм действий врача (блок-схема) (далее в тексте блок-схема) – графическое представление пути ведения пациента с конкретным заболеванием или состоянием, облегчающее восприятие клинических рекомендаций и позволяющее упростить принятие решений специалистами.

Стандартизированный формат блок-схем позволит медицинским работникам в ходе выполнения своей основной деятельности легче находить ключевую информацию по вопросам оказания медицинской помощи пациенту с конкретным заболеванием или состоянием.

Целевая аудитория блок-схем (пользователи):

1. Практикующие медицинские работники;
2. Студенты медицинских образовательных учреждений;
3. Преподаватели медицинских образовательных учреждений.

Цель разработки алгоритмов – упрощение процесса принятия решения медицинскими работниками.

Разработка и внедрение алгоритмов действий врача является неотъемлемой частью как обеспечения качества медицинской помощи, так и совершенствования процесса ее оказания в целом. Использование алгоритмов действий врача может способствовать оптимизации ресурсов (услуги скоординированы и интегрированы на всех уровнях; исключено дублирование информации, экспертизы и оформления документов), повышению доступности медицинской помощи путем снижения времени ожидания, обеспечению безопасности, эффективности, ориентированности на пациента и справедливости. Стандартизированный формат блок-схем позволит врачам в ходе выполнения своей основной деятельности легче находить ключевую информацию по вопросам оказания медицинской помощи пациенту с конкретным заболеванием или состоянием.

Алгоритм действий врача – важное средство распространения медицинских знаний и обучения медицинских кадров. Согласно **Федеральному государственному образовательному стандарту высшего профессионального образования от 2016 года** (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 N 95 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)»), **врачи должны:**

- использовать **алгоритм постановки диагноза** (основного, сопутствующего, осложнений), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний;

- осуществлять **алгоритм** выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, к ведению физиологической беременности, приему родов.

Алгоритм действий врача (блок-схема) разрабатывается для конкретного заболевания или состояния в рамках разработки или актуализации соответствующих Клинических рекомендаций.

Формирование блоков алгоритма проводится на основе общих принципов организации медицинской помощи в соответствии с видами, формами и условиями ее оказания (в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и может включать частные вопросы (представление конкретной информации об элементах диагностического поиска, отдельных лекарственных и нелекарственных методах лечения, проводимых этапах реабилитации и профилактики и т.д.), то есть, от общего к частному.

Предполагается, что в блок-схемах **информация об оказании медицинской помощи при определённом заболевании или состоянии должна представляться в полном объеме с учетом:**

- **видов медицинской помощи:**
 - первичная медико-санитарная;
 - специализированная, в том числе высокотехнологичная;
 - скорая, в том числе скорая специализированная;
 - паллиативная;а также медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение.
- **форм медицинской помощи:**
 - экстренная;
 - неотложная;
 - плановая.
- **условий оказания медицинской помощи:**
 - вне медицинской организации;
 - амбулаторно;
 - в дневном стационаре;
 - стационарно.

Разработка блок-схем по приоритетным направлениям медицинской помощи при определенных заболеваниях или состояниях, особенно необходима в случаях, когда:

- есть высокие риски для пациента, алгоритм действий врача должен учитывать риски, относящиеся к определенным этапам оказания медицинской помощи, и быть разработан таким образом, чтобы эти риски уменьшить;
- оказание медицинской помощи основано на доказательствах, медицинские технологии, включаемые в алгоритмы действий врача, должны приводиться с учетом медицины, основанной на доказательствах;
- требуется мультидисциплинарный подход или, когда алгоритмы должны описывать групповую работу врачей и иного медицинского персонала (например, взаимодействие специалистов смежных медицинских специальностей, участие представителей других специальностей (логопед и т.д.), уход за больными сестринского персонала наряду с действиями врача и т.п.);
- требуется преемственность в оказании медицинской помощи (например, пациенты с острым коронарным синдромом наряду с диагностикой и лечением требуют в дальнейшем медицинской реабилитации и мероприятий по профилактике, что должно быть отражено в блок-схеме для обеспечения качества оказания медицинской помощи таким пациентам в целом);
- сочетание нескольких этапов оказания медицинской помощи (например, медицинская помощь онкологическим больным).

1. Описание блок-схемы

Графическое представление алгоритма действий врача осуществляется в виде блок-схем процессов, отражающих наиболее важные ключевые элементы оказания медицинской помощи и представляющих собой описание последовательности действий для решения задачи и/или достижения результата.

Блок-схема представляет собой логически изложенную и понятную пользователю **последовательность событий** в тактике ведения пациента (действий, направленных на достижение конкретного результата, или условий, влияющих на достижение конкретного результата), где

действие – медицинское вмешательство (см. Термины),

условие – установленная медицинским работником информация, влияющая на последующее ведение пациента,

результат – стабилизация состояния, улучшение состояния, выздоровление пациента.

Назначение блок-схем:

1. Систематизация имеющихся знаний у пользователя.
2. Сокращение времени на поиск информации в процессе принятия решений при конкретном заболевании/синдроме.

3. Повышение вероятности достижения результата.
4. Повышение уровня информированности пользователя о нормативно-правовых документах, регламентирующих его профессиональную деятельность.

Перед началом разработки алгоритма необходимо четко определить задачу:

1. что требуется получить в качестве результата;
2. какие исходные данные необходимы и какие имеются в наличии;
3. какие существуют ограничения на эти данные.

Далее требуется определить, какие действия необходимо предпринять для получения требуемого результата на основании исходных данных.

2. Основные элементы блок-схемы

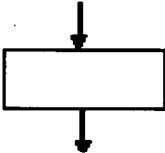
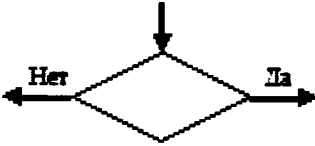
Графическое представление алгоритма действий врача осуществляется в виде блок-схем процессов, отражающих наиболее важные ключевые элементы оказания медицинской помощи и представляющих собой описание последовательности действий для решения задачи и/или достижения цели.

Последовательность действий изображается в виде последовательности связанных между собой функциональных блоков, каждый из которых соответствует выполнению одного или нескольких действий. В блок-схеме каждому типу действий (начало, процесс, решение и т.п.) соответствует геометрическая фигура, представленная в виде графического символа. Символы соединяются между собой линиями, указывающими последовательность (очередность) выполнения действий.

Блок-схема состоит из блоков и стрелок. Блоки соответствуют событиям, важным с точки зрения процесса ведения пациента. Стрелки обозначают переходы от одного события к другому.

Виды блоков представлены в Таблице 1:

Таблица 1 – Виды блоков

Название символа	Обозначение	Пояснение
Процесс		Последовательность действий, безусловный шаг, планируемые элементы оказания медицинской помощи
Решение		Проверка условий, условный шаг, дальнейший путь в случае выполнения условия (обозначается словом «да») или его невыполнения (обозначается словом «нет»)

Способы построения схем и внешний вид их элементов регламентирует ГОСТ 19.701-90 «Единая система программной документации. Схемы алгоритмов, программ, данных и систем. Обозначения условные и правила выполнения».

События, важные для процесса ведения пациента могут быть двух типов:

- 1) **действие** – медицинские вмешательства, которые должен выполнить медицинский работник в процессе ведения пациента (см. Введение).

Пример: стресс-тест, МРТ-обследование, назначение ингибиторов протонной помпы;

- 2) **условие** – установленная врачом информация, влияющая на тактику ведения пациента.

Пример: изменения на ЭКГ, беременность пациентки, наличие показаний к операции.

При создании блок-схем используются следующие блоки:

1. **Блок «Процесс»** (прямоугольный) – блок действия в тактике ведения пациента, в котором указываются ключевые шаги, пропуск которых снизит вероятность достижения результата при ведении пациента.

Пример: рис. 1

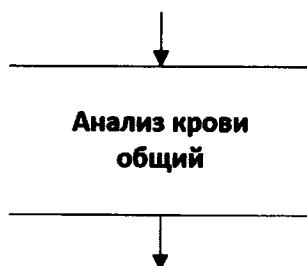


Рисунок 1 - Структура блок-схемы

2. **Блок «Решение»** (ромб) – блок условия, приводящий к развилке пути. Основная задача данного блока – проверка некоего условия, в зависимости от выполнения (обозначается словом «да») или невыполнения («нет») которого появляются различия в последующих действиях медицинского работника или в результате.

Пример: рис. 2



Рисунок 2 - Структура блок-схемы

3. Основные характеристики блок-схемы

С учетом своего назначения блок-схема должна обладать следующими характеристиками:

- Единообразие последовательности шагов вне зависимости от заболевания.
- Привычная для восприятия медицинского работника последовательность шагов.
- Минимальное время поиска пользователем необходимой информации в блок-схеме.
- Отображать ключевые моменты, влияющие на ведение пациента или результаты его ведения.

В блок-схеме выделяются подсхемы трех уровней (рис. 3):

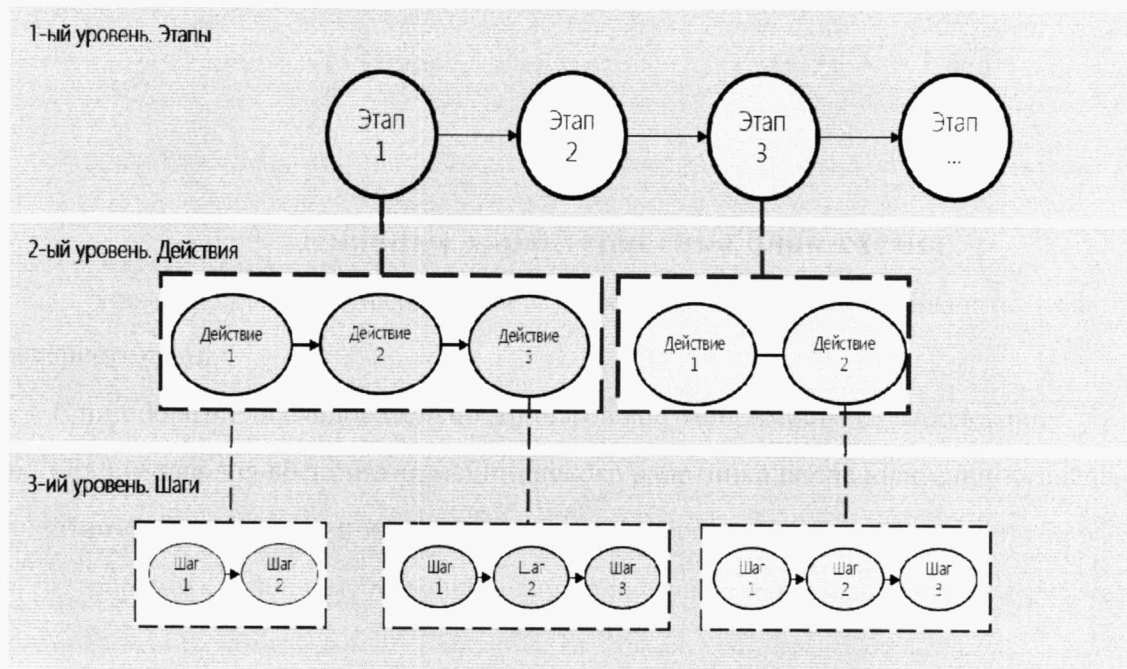


Рисунок 3 - Структура блок-схемы

- **Подсхема 1-го уровня (подсхема «Этапы»)** – знакомит пользователя с ключевыми этапами ведения пациента и включает (при условии наличия этапа в процессе ведения пациента) следующие «крупные» блоки – «название заболевания/синдрома», «диагностика», «лечение», «реабилитация», «профилактика».

При нажатии на блок «название заболевания/синдрома» открывается краткая информация о конкретном заболевании/синдроме. При нажатии на другие блоки (этапы) открываются блок-схемы 2-го уровня.

- **Подсхема 2-го уровня (подсхема «действия»)** представляет собой последовательность ключевых действий/признаков, которыми должен руководствоваться врач в процессе принятия решения на данном этапе ведения пациента.

При нажатии на блоки может открываться необходимое описание данного действия или блок-схема 3-го уровня в случае, если при выполнении данного действия можно выделить ключевые моменты, влияющие на ведение больного и его результат.

Начальный блок подсхемы 2-го уровня – кнопка возврата к схеме 1-го уровня, конечный блок подсхемы 2-го уровня – переход к следующему этапу ведения пациента (см. подсхему 1-го уровня).

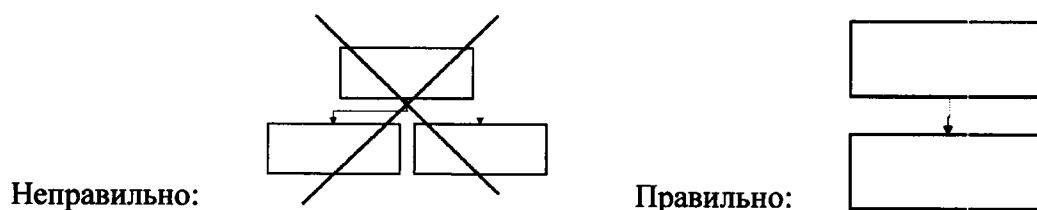
- **Подсхема 3-го уровня (подсхема «шаги»)** представляет собой основные моменты, которыми должен руководствоваться медицинский работник в процессе выполнения действий.

Начальный блок подсхемы 3-го уровня – кнопка возврата к схеме 2-го уровня, конечный блок подсхемы 3-го уровня – последний шаг в рамках данного действия.

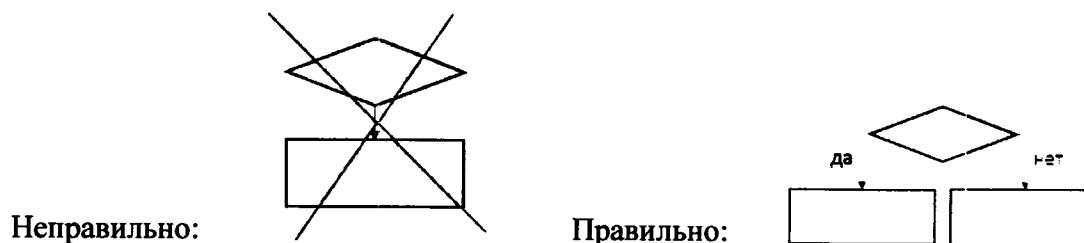
4. Требования к оформлению блок-схемы

С учетом характеристик к блок-схеме предъявляются следующие требования:

1. Длина текста внутри блока не должна превышать 60 символов с учетом пробелов;
2. В блок-схеме должна быть следующая последовательность изложения информации **Обзор (определение, классификация) → Диагностика → Лечение → Реабилитация/Контроль → Профилактика;**
3. От одного блока «процесс» не может идти развилка к нескольким блокам «процесс»:

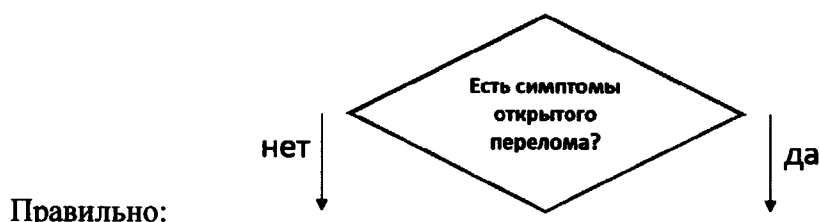
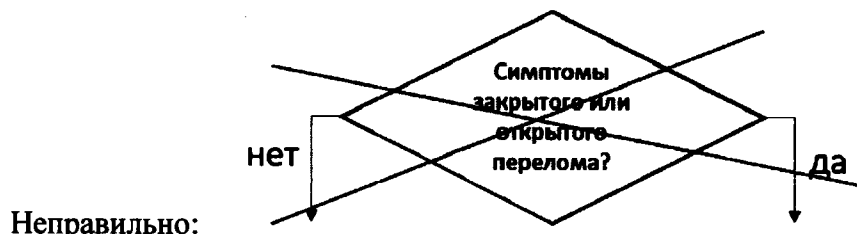


4. От одного блока «решение» может идти только 2 последующих блока (как блок «процесс», так и блок «решение»).

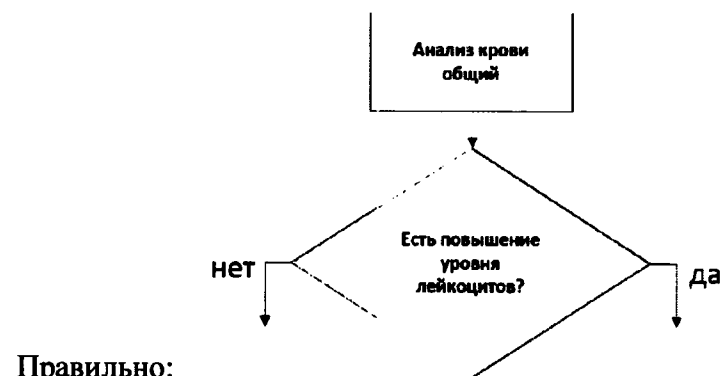
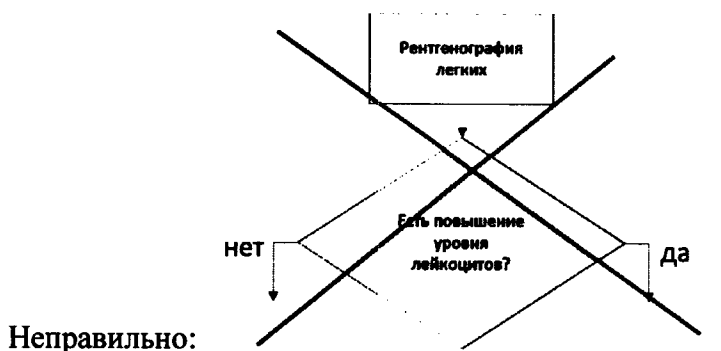


5. Блок «решение», приводящий к развилке пути, может быть в подсхемах всех уровней, но в подсхеме 1-го уровня он может быть только после этапа «Обзор»;

6. Блок «решение», приводящий к развилке пути, должен содержать в себе условие развилки, влияющее на дальнейшую тактику ведения пациента или результат;
7. Блок «решение», приводящий к развилке пути, должен содержать в себе вопрос, ответом на который может быть «да» или «нет».



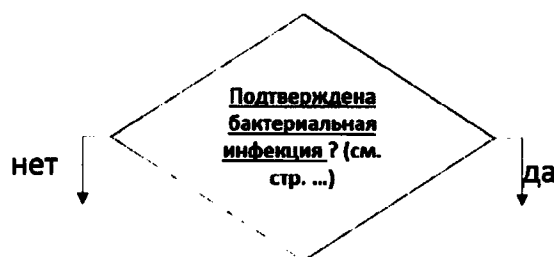
8. Вопрос блока «решение» должен быть основан на информации, которую можно получить из предшествующего ему блока.



9. В случае, если при развилке пути на дальнейший путь ведения пациента одновременно влияет более одного условия, то в блоке «решение» записывается краткая объединяющая условия формулировка, а описание условий развилки переносится в текстовое сопровождение.



Неправильно:



Правильно:

10. Условием развилки могут быть:

- фактор риска (возраст, пол, беременность и т.д.);
- ведущий синдром/симптом;
- сопутствующее заболевание (ВИЧ, гепатит и т.д.);
- результат диагностического или лечебного мероприятия.

11. Условия развилки должны иметь как минимум одну из следующих характеристик:

- возникновение жизнеугрожающих состояний или состояний, приводящих к инвалидизации пациента, в случае выполнения/невыполнения условия;
- существенное увеличение стоимости ведения пациента в случае выполнения/невыполнения условия;
- отличие по ключевым диагностическим или лечебным мероприятиям в случае выполнения/невыполнения условия.

12. Ссылки на нормативно-правовые документы, существенно влияющие на процесс ведения пациента (критерии качества, порядки оказания, стандарты), должны быть представлены в виде всплывающего окна при нажатии на блок.

5. Текстовое сопровождение блок-схемы

Каждый блок в блок-схеме может иметь текстовое сопровождение, поясняющее действия врача в данном блоке.

Текстовое сопровождение может быть представлено в следующем виде:

1. Структурированный текст со ссылками на дополнительные документы или без них;
2. Ссылки на страницы клинических рекомендаций;
3. Ссылки на приложения клинических рекомендаций.

6. Требования к порядку разработки блок-схемы

В соответствии с Требованиями к разработке клинических рекомендаций, принятыми на совещании с главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросу формирования новых подходов к порядку разработки, структуре и содержанию клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи под председательством Министра здравоохранения Российской Федерации Сковорцовой В.И. от 16 марта 2016 г. № 73/17/42, алгоритмы действий врача включаются в существующие Клинические рекомендации в рамках их актуализации. Для вновь разрабатываемых Клинических рекомендаций они становятся неотъемлемым их разделом.

Разработка алгоритмов действий врача может включать следующие этапы:

1. Определение заинтересованных и потенциально заинтересованных сторон.
2. Определение руководителя и обязанностей членов рабочей группы.
3. Осуществление процесса разработки блок-схемы.
4. Начальный аудит блок-схемы и сбор данных для формирования содержательной части алгоритма.
5. Формирование содержательной части алгоритма действий врача.
6. Рецензирование внутреннее и внешнее
7. Апробация и внедрение алгоритма действий врача.
8. Регулярный мониторинг алгоритма действий врача.

**Рассылка письма Первого Заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 01.09.2016**

**Персональный состав главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

1.	Главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог	Чучалин Александр Григорьевич	директор Научно-исследовательского института пульмонологии ФМБА России
2.	Главный внештатный специалист кардиолог	Чазова Ирина Евгеньевна	заместитель директора Российского кардиологического научно-производственного комплекса
3.	Главный внештатный специалист эндокринолог	Дедов Иван Иванович	директор Эндокринологического научного центра
4.	Главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач)	Денисов Игорь Николаевич	советник ректора Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова
5.	Главный внештатный специалист нефролог	Шилов Евгений Михайлович	заведующий кафедрой Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова
6.	Главный внештатный специалист ревматолог	Насонов Евгений Львович	директор Научно-исследовательского института ревматологии имени В.А. Насоновой
7.	Главный внештатный специалист гастроэнтеролог	Ивашкин Владимир Трофимович	директор клиники Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова
8.	Главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог	Хаитов Рахим Мусаевич	директор Государственного научного центра "Институт иммунологии"
9.	Главный внештатный специалист профпатолог	Бухтияров Игорь Валентинович	директор Научно-исследовательского института медицины труда
10.	Главный внештатный специалист гематолог-трансфузиолог	Савченко Валерий Григорьевич	директор Гематологического научного центра
11.	Главный внештатный специалист по медицинской профилактике	Бойцов Сергей Анатольевич	директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины
12.	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням	Шестакова Ирина Викторовна	профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического

**Рассылка письма Первого Заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 01.09.2016**

**Персональный состав главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

			университета имени А.И. Евдокимова
13.	Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью	Двойников Сергей Иванович	директор Института сестринского дела Самарского государственного медицинского университета
14.	Главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии	Кубанова Анна Алексеевна	директор Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии
15.	Главный внештатный специалист невролог	Гусев Евгений Иванович	заведующий кафедрой Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова
16.	Главный внештатный специалист торакальный хирург	Яблонский Петр Казимирович	директор Санкт- Петербургского научно- исследовательского института фтизиопульмонологии
17.	Главный внештатный специалист хирург	Кубышкин Валерий Алексеевич	директор Института хирургии им. А.В. Вишневского
18.	Главный внештатный специалист сердечнососудистый хирург	Бокерия Лео Антонович	директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева
19.	Главный внештатный специалист травматолог- ортопед	Миронов Сергей Павлович	директор Центрального научно-исследовательского института травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова
20.	Главный внештатный специалист уролог	Пушкарь Дмитрий Юрьевич	заведующий кафедрой Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова
21.	Главный внештатный специалист нейрохирург	Крылов Владимир Викторович	заведующий кафедрой нейрохирургии и нейрореанимации Московского государственного медико- стоматологического университета имени А.И. Евдокимова
22.	Главный внештатный специалист онколог	Давыдов Михаил Иванович	директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина
23.	Главный внештатный специалист оториноларинголог	Дайхес Николай Аркадьевич	директор Научно-клинического центра оториноларингологии

**Рассылка письма Первого Заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 01.09.2016**

**Персональный состав главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

24.	Главный внештатный специалист офтальмолог	Нероев Владимир Владимирович	директор Московского научно-исследовательского института глазных болезней имени Гельмгольца
25.	Главный внештатный специалист трансплантолог	Готье Сергей Владимирович	директор Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова
26.	Главный внештатный специалист колопроктолог	Шелыгин Юрий Анатольевич	директор Государственного научного центра колопроктологии
27.	Главный внештатный специалист пластический хирург	Мантурова Наталья Евгеньевна	заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии клеточных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова
28.	Главный внештатный специалист по челюстно-лицевой хирургии	Кулаков Анатолий Алексеевич	директор Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
29.	Главный внештатный специалист по анестезиологии-реаниматологии	Молчанов Игорь Владимирович	заведующий кафедрой Российской медицинской академии последипломного образования
30.	Главный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению	Алекян Баграт Гегамович	руководитель отделения Научного центра сердечнососудистой хирургии имени А.Н. Бакулева
31.	Главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи	Багненко Сергей Федорович	ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова
32.	Главный внештатный специалист психиатр	Кекелизе Зураб Ильич	директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии
33.	Главный внештатный специалист психиатр-нарколог	Брюн Евгений Алексеевич	директор Московского научно-практического центра наркологии
34.	Главный внештатный специалист токсиколог	Остапенко Юрий	директор Научно-практического

**Рассылка письма Первого Заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 01.09.2016**

**Персональный состав главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

		Николаевич	токсикологического центра ФМБА России
35.	Главный внештатный специалист стоматолог	Янушевич Олег Олегович	ректор Московского государственного медико- стоматологического университета имени А.И. Евдокимова
36.	Главный внештатный специалист по спортивной медицине	Поляев Борис Александрович	заведующий кафедрой Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова
37.	Главный внештатный специалист клинический фармаколог	Петров Владимир Иванович	ректор Волгоградского государственного медицинского университета
38.	Главный внештатный специалист диетолог	Тутельян Виктор Александрович	директор Научно- исследовательского института питания
39.	Главный внештатный специалист по медицинской реабилитации	Иванова Галина Евгеньевна	заведующая отделом Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова
40.	Главный внештатный специалист по санаторно- курортному лечению	Герасименко Марина Юрьевна	исполняющая обязанности директора Российского научного центра медицинской реабилитации и курортологии
41.	Главный внештатный специалист по судебно- медицинской экспертизе	Ковалев Андрей Валентинович	директор Российского центра судебно-медицинской экспертизы
42.	Главный внештатный специалист по патологической анатомии	Франк Георгий Авраамович	заведующий кафедрой Российской медицинской академии последипломного образования
43.	Главный внештатный специалист по клинической лабораторной диагностике	Кочетов Анатолий Глебович	профессор кафедры Российского университета дружбы народов
44.	Главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике	Тюрин Игорь Евгеньевич	заведующий кафедрой Российской медицинской академии последипломного образования
45.	Главный внештатный специалист по медицинской генетике	Куцев Сергей Иванович	заместитель директора Медико-генетического научного центра
46.	Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии	Адамян Лейла Владимировна	заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии

**Рассылка письма Первого Заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 01.09.2016**

**Персональный состав главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

			имени академика В.И. Кулакова
47.	Главный внештатный специалист педиатр	Баранов Александр Александрович	директор Научного центра здоровья детей
48.	Главный внештатный специалист неонатолог	Иванов Дмитрий Олегович	директор Института перинатологии и педиатрии Федерального медицинского исследовательского центра имени В.А. Алмазова
49.	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей	Лобзин Юрий Владимирович	директор Научно- исследовательского института детских инфекций ФМБА России
50.	Главный внештатный детский специалист кардиолог	Ермоленко Марина Леонидовна	руководитель отделения Научного центра сердечнососудистой хирургии имени А.Н. Бакулева
51.	Главный внештатный детский специалист эндокринолог	Петеркова Валентина Александровна	заместитель директора научно-исследовательского института детской эндокринологии Эндокринологического научного центра
52.	Главный внештатный детский специалист невролог	Гузева Валентина Ивановна	заведующая кафедрой Санкт- Петербургского государственного педиатрического медицинского университета
53.	Главный внештатный детский специалист психиатр	Макушкин Евгений Вадимович	заместитель директора Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии
54.	Главный внештатный детский специалист хирург	Поддубный Игорь Витальевич	заведующий кафедрой детской хирургии Московского государственного медико- стоматологического университета имени А.И. Евдокимова
55.	Главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог	Степаненко Сергей Михайлович	профессор кафедры Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова
56.	Главный внештатный детский специалист онколог	Поляков Владимир Георгиевич	заместитель директора научно-исследовательского института детской онкологии и гематологии Российского

**Рассылка письма Первого Заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 01.09.2016**

**Персональный состав главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

			онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина
57.	Главный внештатный специалист по профилактической стоматологии	Авраамова Ольга Георгиевна	руководитель отдела профилактики стоматологических заболеваний Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
58.	Главный внештатный детский специалист офтальмолог	Катаргина Людмила Анатольевна	заместитель директора Московского научно-исследовательского института глазных болезней имени Гельмгольца
59.	Главный внештатный детский специалист фтизиатр	Аксенова Валентина Александровна	заместитель директора научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова
60.	Главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста	Уварова Елена Витальевна	руководитель отделения Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова
61.	Главный внештатный детский специалист гематолог	Румянцев Александр Георгиевич	директор Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Д. Рогачева
62.	Главный внештатный специалист по гигиене детей и подростков	Кучма Владислав Ремирович	директор научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей
63.	Главный внештатный специалист эпидемиолог	Брико Николай Иванович	заведующий кафедрой Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова
64.	Главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции	Воронин Евгений Евгеньевич	главный врач Республиканской клинической инфекционной больницы
65.	Главный внештатный специалист по медицинскому	Глыбочко Петр	ректор Первого Московского государственного

**Рассылка письма Первого Заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 01.09.2016**

**Персональный состав главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

	и фармацевтическому образованию	Витальевич	медицинского университета имени И.М. Сеченова
67.	Главный внештатный специалист по медицине катастроф	Гончаров Сергей Федорович	директор Всероссийского центра медицины катастроф "Защита"
68.	Главный внештатный специалист фтизиатр	Васильева Ирина Анатольевна	руководитель отдела фтизиатрии Центрального научно-исследовательского института туберкулеза
70	Главный внештатный специалист по аналитической и судебно-медицинской токсикологии	Изотов Борис Николаевич	заведующий Центральной химико-токсикологической лабораторией Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова
71.	Главный внештатный детский специалист по профилактической медицине	Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна	директор Научно-исследовательского института профилактической педиатрии и восстановительного лечения федерального государственного бюджетного учреждения "Научный центр здоровья детей" Министерства здравоохранения Российской Федерации
73.	Главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации	Батышева Татьяна Тимофеевна	директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы
74.	Главный внештатный специалист по паллиативной помощи	Невзорова Диана Владимировна	главный врач Хосписа N 1 имени В.В. Миллионщиковой
75.	Главный внештатный специалист по остеопатии	Мохов Дмитрий Евгеньевич	директор института остеопатии Санкт-Петербургского государственного университета и Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова
76.	Главный внештатный специалист радиолог	Хмелевский Евгений Витальевич	руководитель отдела лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института

**Рассылка письма Первого Заместителя Министра здравоохранения
Российской Федерации И.Н. Каграманяна от 01.09.2016**

**Персональный состав главных внештатных специалистов
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

			им. П.А. Герцена - филиала Федерального медицинского исследовательского центра имени П.А. Герцена
77.	Главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью	Аполихин Олег Иванович	исполняющий обязанности директора Научно- исследовательского института урологии имени Н.А. Лопаткина - филиала Федерального медицинского исследовательского центра имени П.А. Герцена
78.	Главный внештатный специалист по клинической микробиологии и антимикробной резистентности	Козлов Роман Сергеевич	директор научно- исследовательского института антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии
79.	Главный внештатный специалист гериатр	Ткачева Ольга Николаевна	первый заместитель директора по научной и лечебной работе Государственного научного центра профилактической медицины
80.	Главный внештатный детский специалист ревматолог	Алексеева Екатерина Иосифовна	заведующая ревматологическим отделением федерального государственного бюджетного учреждения "Научный центр здоровья детей" Министерства здравоохранения Российской Федерации
81.	Главный внештатный детский специалист нейрохирург	Горелышев Сергей Кириллович	заведующий отделением федерального государственного бюджетного учреждения "Научно- исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Заместитель директора Департамента
организации медицинской помощи
и санаторно-курортного дела



Е.В. Окунькова